



4-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 9/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Data de Autorização 11/8/10 9/12/10 7-Data Validade da Guia Principal 50192240 8-Data Validade da Guia 11/6/11 12/12/10 377518 INTERCÂMBIO

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 11/1/11 12-Numero do Cartão Nacional da Saúde 700004879836804

13-Nome WILLAN MIGUEL DE ALMEIDA FERRE 14-Teléfono 15-Nome do Titular do plano HELENA ALMEIDA FERREIRA 16-Data Validade da Carteira 06/08/1984

17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 18-Numero no CRO 31802 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código na Operadora / CNUJ / CPF 82436274720 22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 23-Numero no CRO 31802 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 27-Numero no CRO 31802 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-UF	40-Data de Realização	41-Método da Classe	42-Quantidade
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	5 1 2 4 1 0 1 0 1 0	10	10	10	10
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	5 1 2 4 1 0 1 0 1 0	10	10	10	10
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	5 1 2 4 1 0 1 0 1 0	10	10	10	10
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	5 1 2 4 1 0 1 0 1 0	10	10	10	10
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 1 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	1	6 1 1 0 1 0	1 0 1 0 1 0	5 1 2 4 1 0 1 0 1 0	10	10	10	10
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/09 11/10 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantitativo US 2 0 5 1 0 1 0 47-Valor Total R\$ 10 10 10 48-Total Financeira Co-participação R\$

49-Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 12/11/09 11/10 51-Data, local e Assinatura do Contratado Principal 12/11/09 11/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 12/11/09 11/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/09 11/10