



314814

1-Registro ANS 405414	2-Data de Emissão da Guia 19/05/20	3-Data de Autopagação / /	4-Status PENDENTE DE LIBERAÇÃO	5-Número da Guia Principal 314814	6-Data validade da Guia 17/09/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

7-Endereço do Beneficiário 00379994062828891	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	10-Data validade do Contrato / /	11-Número do Contrato Nacional de Saúde 700508705741459
12-Nome PALOMA DO NASCIMENTO MASELLE	13-Data de Nascimento 12/02/1985	14-Telefone () -	15-Nome do titular da guia PALOMA DO NASCIMENTO MASELLE	

16-Endereço da Clínica N		17-Nome do Profissional Assistente BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	18-Número do CRO 35861	19-UF RJ	20-Código CBO 8
21-Código na Operação / CBO / CBO 10854179778	22-Nome do Contratante Existente BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	23-Número do CRO 35861	24-UF RJ	25-Código CBO 8	26-Código CBO 8
27-Nome do Profissional Assistente BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS		28-Número do CRO 35861	29-UF RJ	30-Código CBO 8	

31-Data	32-Código de Procedimento	33-Descrição	34-Código	35-Quantidade	36-Valor	37-Preço	38-Preço	39-Preço	40-Preço	41-Preço	42-Preço
1	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00					
2	0085300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO	16	1	8,00	0,00					
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											

10.335.694/0001-71
FABER E MARTINS
CLINICA ODONTOLÓGICA S/S LTDA - ME
R. E. S. N. 142 - JARDIM
Vila Valquíria - JARDIM
RIO DE JANEIRO - RJ

43-Data validade Tabela de Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Faturado / Co-participação R\$ / /
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima expressados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operador Dr. Bruno Tadeu de Aguiar Martins CRO-RJ 35861	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/05/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/05/20	52-Data, local e Assinatura da Empresa 19/05/20
--	---	---	--