



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/11 10/12/01	4-Data de Autorização 10/08/11 10/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197629	7-Data Validade da Senha 10/05/10 11/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 10/03/7000001989125541	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709505662463070
13-Nome MICHELLE HENRIQUES GAMARRA	12/07/1988	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano MICHELLE HENRIQUES GAMARRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO	18-Número no CRO 37194	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11162910267119	22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	23-Número no CRO 37194	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO		27-Número no CRO 37194	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	47,00	0,00		S	08/11/10		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	38,00	0,00		S	08/11/10		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	38,00	0,00		S	08/11/10		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	38,00	0,00		S	08/11/10		
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	38,00	0,00		S	08/11/10		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 19,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 e contrariar, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---