



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

gistro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/5/10 3/12/10	4-Data de Autorização 10/6/10 3/12/10	5-Senha CONCLUIDO	6-Número da Guia Principal 50156228	7-Data Validade da Senha 10/3/10 6/12/10
----------------------	--	--	----------------------	--	---

0 10 3 7 0 0 0 0 0 0 2 3 7 3 7 1 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 1 1 / 1 1 / 1 1	12-Número do Cartão N 704809521656
---	---------------------------------------	--	---	--

Nome	PATRICIA PIMENTA FERNANDES
14/04/1968	
14-Telefone	(121) 98806-19245
15-Name do titular do plano	PATRICIA PIMENTA FERNANDES

s do Contratado Responsável pelo Tratamento		801 -	
Identificação a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF
	THAISA FERNANDES ARAUJO	48165	RJ
20-Código CBO S			
21-Código CBO S			
22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO	24-UF
THAISA FERNANDES ARAUJO		48165	RJ
25-Código CNES			
26-Código CNES			
27-Número no CRO		28-UF	29-Código CBO S
48165		RJ	
Faturar Empresa			

de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
Abela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cidc	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
0 0 18 1 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 ,0 0	0 ,0 0		S 0 1 /0 7 /2 0			

Blank handwriting practice lines.

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

ato, 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 no plano de tratamento. 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 necessários ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2019 Flávia dos Reis	52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2019 A. Lebrun	53 - Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2019 Flávia e Andréa Dentista
---	---	--

CR0/RJ 48165