



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/20	4-Data de Autorização 15/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199451	7-Data Válida da Senha 13/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	------------------------------------

10	0	3	7	9	9	4	0	6	5	4	3	0	9	6	1	9-Plano	10-Empresa	11-Data Válido da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
POS REDE PRESTADORA															UNIMED RIO COOPERATIVA		700009118643:02		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
13-Nome VALDERIO RODRIGUES DE JESUS 25/12/1981	14-Telefone () - - - - - - ANA RAQUEL DE SOUSA LIMA DE JE
15-Nome do titular do plano	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	18-Número no CRO 26384	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Estatística Emprego
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF	07106976784
22-Nome do Contratado Executante	HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS
23-Número no CNIC	26384
24-UF	RJ
25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Exerceente	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	26384	RJ	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/O-participação R\$	39-Anl	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0 0	8 1 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA				3 4 0 0	0 0 0		S			

[illegible]

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Caimento da Empresa
---	---	---	--------------------------------------