



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 12/7/11 4-Data de Autorização 12/7/11 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50209506 7-Data Validade da Seria 12/5/12 429952 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10103700000031503171 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 12/5/12 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708204188201744

13-Nome LIZA MARIA DELGADO DO VALE 14-Teléfono 10/09/1957 15-Nome do titular do plano LIZA MARIA DELGADO DO VALE

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SHIRLEY COELHO GONCALVES 18-Número no CRO 19918 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 01828909700 22-Nome do Contratado Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 23-Número no CRO 19918 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 27-Número no CRO 19918 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	853010012	14	1	1	1,00	1,00	0,00	S	30/11/20		
2	00	853010012	15	1	1	1,00	1,00	0,00	S	30/11/20		
3	00	853010012	16	1	1	1,00	1,00	0,00	S	30/11/20		
4	00	853010012	17	1	1	1,00	1,00	0,00	S	30/11/20		
5	00	853010012	24	1	1	1,00	1,00	0,00	S	30/11/20		
6	00	853010012	25	1	1	1,00	1,00	0,00	S	30/11/20		
7	00	853010012	26	1	1	1,00	1,00	0,00	S	30/11/20		
8	00	853010012	27	1	1	1,00	1,00	0,00	S	30/11/20		
9	00	853010012	34	1	1	1,00	1,00	0,00	S	30/11/20		
10	00	853010012	35	1	1	1,00	1,00	0,00	S	30/11/20		
11	00	853010012	36	1	1	1,00	1,00	0,00	S	30/11/20		
12	00	853010012	37	1	1	1,00	1,00	0,00	S	30/11/20		
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 120,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) descrito(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.

49-Reservação

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 Carimbo da Empresa