



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 01/210 4-Data de Autorização 10/09/11 01/210 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50198277 7-Data Validade da Santa 10/07/10 11/211

8-Número da Carteira

10-0379994061639220 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706803221811728

13-Nome SARA VITORIA COSTA DE SOUZA 14-Telefone 07/06/2015 15-Nome do titular do plano SARA VITORIA COSTA DE SOUZA

16-Adendo a RN

17-Nome do Profissional Solicitante THAMIRES RODRIGUES LAGRIMANTE 18-Número no CRO 49529 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11601515777510 22-Nome do Contratado Executante THAMIRES RODRIGUES LAGRIMANTE 23-Número no CRO 49529 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante THAMIRES RODRIGUES LAGRIMANTE 27-Número no CRO 49529 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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	54	O	1	61,00	0,00			10/10/11		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Revisão Término do Tratamento 05/10/12 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 61,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 em contrato. 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Thamires Lagrimante

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/11 CRO RJ - 49259 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/11 CRO RJ - 49259 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/11 CRO RJ - 49259 53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/11 CNPJ: 09.092.419/0001-25