



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/14/11/01/2101	4-Data de Autorização 11/14/11/01/2101	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198873	7-Data Validade da Senha 11/12/11/01/11/2111
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 1010379191406151943101515111	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705501475290110
--	--------------------------------	---	---	--

13-Nome ERIKA MARMO SANCHES	29/07/1987	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ERIKA MARMO SANCHES
--------------------------------	------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	18-Número no CRO 35649	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 0990467279211	22-Nome do Contratado Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	23-Número no CRO 35649	24-UF RJ	25-Código CBO S 35649
--	--	---------------------------	-------------	--------------------------

26-Nome do Profissional Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	27-Número no CRO 35649	28-UF RJ	29-Código CBO S 35649
--	---------------------------	-------------	--------------------------

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
1-000	8110000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,41,00		0,00				
2-000	8530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,61,00		0,00				
3-000	8530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,61,00		0,00				
4-000	8530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,61,00		0,00				
5-000	8530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,61,00		0,00				
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Prevista 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 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	---

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 em 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 Dr. Aldyjanne B. Dietrich Cirurgião Dentista CRO 35649	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Prestador 11/11/11 Dr. Aldyjanne B. Dietrich Cirurgião Dentista CRO 35649	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 Erika Marmo Sanches Beneficiário CRO 35649	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 Dr. Aldyjanne B. Dietrich Cirurgião Dentista CRO 35649
---	---	---	---