



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 8/12/01

4-Data de Autorização 12/8/10 8/12/01

5-Sentença AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 50187277

7-Data Validade da Sentença 12/5/11 1/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101375924235577108

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira 1/1/11/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706301736249577

13-Nome PEDRO HENRIQUE GONÇALVES DE FA

21/09/2000

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano THIAGO DO CARMO PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO GONÇALVES COSTA

18-Número no CRO 47975

19-UF RJ

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08820394740

22-Nome do Contratado Executante RODRIGO GONÇALVES COSTA

23-Número no CRO 47975

24-UF RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

27-Número no CRO 47975

28-UF RJ

29-Código CBO S

RODRIGO GONÇALVES COSTA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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 Gloriosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	10,00					
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	10,00					
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	10,00					
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	10,00					
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista 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\$							
1/1/11	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	144,00	10,00								

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 e 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-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Rodrigo Gonçalves Costa 08/09/2010

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Carimbo da Empresa