



2-Nº

Data Validade da Senha 14/02/21

6-Número da Guia Principal
50206381

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
16/11/20

16/11/2011

3-
tro ANS
414

10- Empresa	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11- Data Validade da Carteira	11/11/11
12- Número do Cartão Nacional de Saúde	700208940167727

[illegible]

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
MARCIA MARTINS PEREIRA	20672	RJ	801 -

25-Código CNES	24-UF	23-Número no CRO	22-Name do Contratado Executante	21-Endereço na Operadora / CNPJ / CPF
	RJ	20672	MARCIA MARTINS PEREIRA	11757176802

29-Código CEO S	28-UF RJ	27-Número no CEO 20672	26-Identificação do Profissional Executante ARCIA MARTINS PEREIRA
-----------------	-------------	---------------------------	---

Item	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
01	01815110001961	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	11	16,11	10,00	0,00	11	30/11/2021	

[illegible][illegible][illegible]

[illegible][illegible][illegible][illegible]

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Frequência / Co-participação
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-T-Total 2-Parcial	244,00	0,00	0,00

_____, que, após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e benefícios de seu tratamento, compreendendo-me a cumprir as obrigações profissionais estabelecidas e pactua com os demais profissionais envolvidos, declaro, dando ciência do procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), folio(s) 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 devidos pelo tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

20/11/2019

52 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

20/11/2019

53 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

20/11/2019