



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/05/2017 4-Data de Autorização 15/10/2017 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50176808 7-Data Validade da Sentença 13/11/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994064050456 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 708707163238391

13-Nome MONICA RAFAELA DA COSTA SANTIA 20/09/1987 14-Teléfono ( ) - - - - - 15-Nome do titular do plano MONICA RAFAELA DA COSTA SANTIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 18-Número no CRO 27455 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 071150243703 22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 23-Número no CRO 27455 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 27-Número no CRO 27455 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 |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0       | 0185100196                | RESTAURAÇÃO RESINA     | 34              | 0       | 1      | 6,10             | 0,00     |                                 |        | 15/07/2017            |                    |               |
| 2-0       | 0185100099                | RESTAURAÇÃO AMALGAMA 1 | 36              | 0       | 1      | 5,80             | 0,00     |                                 |        | 15/07/2017            |                    |               |
| 3-0       | 0185100099                | RESTAURAÇÃO AMALGAMA 1 | 37              | 0       | 1      | 5,80             | 0,00     |                                 |        | 15/07/2017            |                    |               |
| 4-0       | 0185100196                | RESTAURAÇÃO RESINA     | 44              | 0       | 1      | 6,10             | 0,00     |                                 |        | 15/07/2017            |                    |               |
| 5-0       | 0185100099                | RESTAURAÇÃO AMALGAMA 1 | 45              | 0       | 1      | 5,80             | 0,00     |                                 |        | 15/07/2017            |                    |               |
| 6-0       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-0       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-0       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-0       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-0      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-0      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-0      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-0      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-0      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-0      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

43-Data Previsão 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 296,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/07/2017 DR. Rodrigo Carvalho Cirurgião-Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2017 DR. Rodrigo Carvalho Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2017 Monica Faturar 53-Data, local e Carimbo da Empresa

15/07/2017 DR. Rodrigo Carvalho Cirurgião-Dentista 15/10/2017 DR. Rodrigo Carvalho Cirurgião-Dentista 15/10/2017 Monica Faturar

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.