



1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 14/12/01	4-Data de Autorização 11/3/10 14/12/01	5-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 305994	7-Data Validade da Semeta 11/2/10 7/12/01
---------------------------	---	---	-----------------------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0103700002153470158	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/3/10 14/12/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700008321963700
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome LUIZ CARLOS SAMPAIO PERNAMBUCO	14-Telefone (11) 11211953	15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS SAMPAIO PERNAMBUCO
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Aprendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09224371736	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO
--	--

26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	27-Número no CRO 30438	28-UF RJ	29-Código CBO S 801 -
--	---------------------------	-------------	--------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1-00	10100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	3400	0,00			11/13/04/1201		
2-00	185300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO	15	1	1	800	0,00			11/13/04/1201		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/3/10 14/12/01	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 Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Toda Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

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(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 OdontoLITE - 15575504 + Medicamento	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/3/10 14/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/3/10 14/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/10 14/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/3/10 14/12/01
--	---	---	---	---