



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/05/2016 12:00

4-Data de Autorização
11/05/2016 12:00

5-Senha
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal
324508

7-Data Validade da Senha
11/03/2019 12:00

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000379994063564260

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira
11/03/2019 12:00

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
898005186874096

13-Nome
ENZO FERREIRA DOS ANJOS

22/06/2017

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ENZO FERREIRA DOS ANJOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

22-Nome do Contratado Executante
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

18-Número no CRO
30438

19-UF
RJ

20-Código CBO S

801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
09224371736

23-Número no CRO
30438

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

27-Número no CRO
30438

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0810001057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			15/06/2017		
2-0	082001499	SUTURA DE FERIDA	51		1	8,00	0,00			15/06/2017		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cinodontia 4-Urgência Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

42,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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.

49-Observação

incursão de feia com feia contusa em lábio superior (mucosa) - sutura + orientações x Edgersonne

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável