



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/2/10 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 305117 7-Data Validade da Sentença 10/1/10 7/1/2/0

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00370000031680561 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 700707965906978

13-Nome PEDRO SILVA SANTIAGO CARDOSO 27/10/1992 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano PEDRO SILVA SANTIAGO CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 18-Número no CRO 30438 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 091224371736 22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 23-Número no CRO 30438 24-UF RJ 25-Código CINES 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-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-0	081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	3400	0,00			02/04/20		
2-0	085300080	TRATAMENTO DE	48		1	800	0,00			02/04/20		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11 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 42,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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

pedicoraxline -> cobrador + medicar

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

02/04/20 02/04/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

02/04/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

02/04/20

305117
INTERCAMBIO