



2-Nº



7-Data Validade da Senha

1	2	6	1	0	1	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---

7-Data Validade da Senha

1	2	6	/	1	0	/	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

6-Número da Guia Principal
50179773

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
| 2 | 9 | 1 | 0 | 7 | 1 | 2 | 0 |

3-Data de Emissão da Guia
2 | 8 | 0 | 7 | 2 | 0 |1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário										10-Empresa		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional	
8-Número da Carteira										9-Plano					
0	0	3	7	0	0	0	0	2	4	4	4	1	4	1	7
POS REDE PRESTADORA										UNIMED SAUDE E ODONTO S/A				703203626004	

13- Nome	JOA PEDRO FERREIRA DE PINHO
14- Telefone	() - - - - -
15- Nome do titular do plano	JOA PEDRO FERREIRA DE PINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MACIEL SIERRA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110620035781	22-Nome do Contratado Executante JULIANA MACIEL SIERRA
26-Nome do Profissional Executante JULIANA MACIEL SIERRA	27-Número no CRO 32925
18-Número no CRO 32925	19-UF RJ
20-Código CBO S	24-UF RJ
25-Código CNES	28-UF RJ
29-Código CBO S	32925
801 - Faturar Empresa	29-Código CBO S
Enviar - RX (I) 81000375-RME	32925
(I) 81000375-RPE	32925
(I) 81000375-RMD	32925

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										
30_Tabela	31_Número do Procedimento	32_Descrição	33_Diagnóstico	34_Eixo	35_QM	36_Qtidade / LS	37_Vlor	38_Categoria / Participação	39_Alt	40_Data

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

12

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conheço a natureza e extensão do tratamento, compreendo-o-me a cumprir as orientações do profissional, autorizo a execução do tratamento, comprometo-me a pagar a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional referencial ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

EN Data local e Assinatura do Presidente, Diretores	ED Data local e Assinatura do Beneficiário / Dependente	EE Data local e Assinatura dos Encargados
--	--	--

[illegible]