



366720
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 13/10/1995 4-Dia de Autorização 13/10/1995 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50187941 7-Dia Validade da Guia 12/09/1995 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702405552745520

8-Número da Carteira 100379994061736659

9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome LEONARDO MUNIZ DOS SANTOS

23/10/1995

10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

14-Telefone () - - - - -

11-Dia Validade da Carteira 12/09/1995 15-Nome do titular do plano LEONARDO MUNIZ DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N

17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 82436274720

22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA

18-Número no CRO 31802

19-UF RJ

20-Código CBO S 801 -

23-Número no CRO 31802

24-UF RJ

25-Código CUES

26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA

27-Número no CRO 31802

28-UF RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	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-Dia de Realização	41-Método de Carga	42-Atendimento
1	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	S	01/01/20	22	22
2	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	S	01/01/20	22	22
3	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	S	01/01/20	22	22
4	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	S	01/01/20	22	22
5	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	P	1	61,00	0,00	0,00	S	01/01/20	22	22
6	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	P	1	61,00	0,00	0,00	S	01/01/20	22	22
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsão Término do Tratamento 10/01/20 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 268,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaramos, 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. Declaramos, 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

Dr. BAPTISTA

Dr. BAPTISTA

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/01/20 Dr. BAPTISTA 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/01/20 Dr. BAPTISTA 52-Dia, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 10/01/20 RICHARDO H SANTOS 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 10/01/20