



335823
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175068	7-Data Validade da Sentença 06/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994063445309	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	___/___/___	700004347471607

13-Nome FERNANDO SANTANA DA SILVA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano FERNANDO SANTANA DA SILVA
--------------------------------------	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a R.N. N	17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	18-Número na CRO 35649	19-UF RJ	20-Código CBO 5 801 - Faturar Empresa
----------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09904672792	22-Nome do Contratado Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	23-Número no CRO 35649	24-UF RJ	25-Código CNES (1) 81000421-
--	--	---------------------------	-------------	---------------------------------

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	35649	RJ	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados:

30-Tabela	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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	7 3 0 0	0 0 0	S 08/07/20				
2-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSD		1	1 4 0 0	0 0 0	S 08/07/20				
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faluramento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 8 7 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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/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-Observation

... B. Dietrich

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
08/10/2012
Dra. Aldyjanne B. Almeida
Cirurgiã Dentista
35649

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
08/10/2012
Dra. Aldyjanne B. Almeida
Cirurgiã Dentista
35649

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/10/2012
Dra. Aldyjanne B. Almeida
Cirurgiã Dentista
35649

53-Data, local e Carimbo da Empresa
08/10/2012
Dra. Aldyjanne B. Almeida
Cirurgiã Dentista
35649