

concluída 06/03/20

273428
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/01/12/01	4-Data de Autorização 12/01/01/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50144652	7-Data Validade da Soma 19/04/12/01
--------------------------	---	---	-------------------	--	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 003799940163379578	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701401635630230
-----------------------	--	--	--------------------------------	---	--	--

13-Nome JACYRA GUAPINDAIA DE SOUSA		28/12/1954		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JACYRA GUAPINDAIA DE SOUSA
---------------------------------------	--	------------	--	------------------------------	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Mendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE		18-Número no CRO 19107		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		Faturar Empresa	
---	--	-------------------------	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	--------------------------	--	-----------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1717218330115604		22-Nome do Contratado Executante ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE		23-Número no CRO 19107		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE		27-Número no CRO 19107		28-UF RJ		29-Código CBO S	
---	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabella	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					
1-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	06/03/20							
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	06/03/20							
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	06/03/20							
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	06/03/20							
5-11111111111																	
6-11111111111																	
7-11111111111																	
8-11111111111																	
9-11111111111																	
10-11111111111																	
11-11111111111																	
12-11111111111																	
13-11111111111																	
14-11111111111																	

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Transiente 2-Permanente 3-Exame Radiológico 4-Ortopedia 5-Ortodontia 6-Endodontia 7-Periodontia 8-Neurologia 9-Oftalmologia 10-Otorrinolaringologia 11-Pediatria 12-Pneumologia 13-Radioterapia 14-Neurocirurgia 15-Cardiologia 16-Neurologia 17-Neuropsiquiatria 18-Neuropsiquiatria 19-Neuropsiquiatria 20-Neuropsiquiatria 21-Neuropsiquiatria 22-Neuropsiquiatria 23-Neuropsiquiatria 24-Neuropsiquiatria 25-Neuropsiquiatria 26-Neuropsiquiatria 27-Neuropsiquiatria 28-Neuropsiquiatria 29-Neuropsiquiatria 30-Neuropsiquiatria 31-Neuropsiquiatria 32-Neuropsiquiatria 33-Neuropsiquiatria 34-Neuropsiquiatria 35-Neuropsiquiatria 36-Neuropsiquiatria 37-Neuropsiquiatria 38-Neuropsiquiatria 39-Neuropsiquiatria 40-Neuropsiquiatria 41-Neuropsiquiatria 42-Neuropsiquiatria 43-Neuropsiquiatria 44-Neuropsiquiatria 45-Neuropsiquiatria 46-Neuropsiquiatria 47-Neuropsiquiatria 48-Neuropsiquiatria 49-Neuropsiquiatria 50-Neuropsiquiatria 51-Neuropsiquiatria 52-Neuropsiquiatria 53-Neuropsiquiatria 54-Neuropsiquiatria 55-Neuropsiquiatria 56-Neuropsiquiatria 57-Neuropsiquiatria 58-Neuropsiquiatria 59-Neuropsiquiatria 60-Neuropsiquiatria 61-Neuropsiquiatria 62-Neuropsiquiatria 63-Neuropsiquiatria 64-Neuropsiquiatria 65-Neuropsiquiatria 66-Neuropsiquiatria 67-Neuropsiquiatria 68-Neuropsiquiatria 69-Neuropsiquiatria 70-Neuropsiquiatria 71-Neuropsiquiatria 72-Neuropsiquiatria 73-Neuropsiquiatria 74-Neuropsiquiatria 75-Neuropsiquiatria 76-Neuropsiquiatria 77-Neuropsiquiatria 78-Neuropsiquiatria 79-Neuropsiquiatria 80-Neuropsiquiatria 81-Neuropsiquiatria 82-Neuropsiquiatria 83-Neuropsiquiatria 84-Neuropsiquiatria 85-Neuropsiquiatria 86-Neuropsiquiatria 87-Neuropsiquiatria 88-Neuropsiquiatria 89-Neuropsiquiatria 90-Neuropsiquiatria 91-Neuropsiquiatria 92-Neuropsiquiatria 93-Neuropsiquiatria 94-Neuropsiquiatria 95-Neuropsiquiatria 96-Neuropsiquiatria 97-Neuropsiquiatria 98-Neuropsiquiatria 99-Neuropsiquiatria 100-Neuropsiquiatria	45-Valor Total R\$ 1414,00	46-Total Quantidade US 1414,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	-------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	---

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 e contrado. Declaro ainda que os procedimentos (dentários) acima referidos foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a captar meu nome e fotografia para ser usada em seu material de divulgação.

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solícitante 11/11/11/11/11	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 06/03/20	52-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/03/20
--	--	--