



2-ANº

405256
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/16/11/10/12/01	4-Data de Autorização 12/16/11/10/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201756	7-Data Validade da Senha 12/14/10/11/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1003753420191891006	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A			
13-Nome ALZIRA FERNANDES	10/11/1969	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111629026719	22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO				
26-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	27-Número no CRO 37194				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MO	1	1
2-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	1
3-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA				
4-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA				
5-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA				
6-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA				
7-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA				
8-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA				
9-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA				
10-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA				
11-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA				
12-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA				
13-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA				
14-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA				
15-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA				
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Tipo de Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11/11/11	10/11/11/11/11	10/11/11/11/11