



335963
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175128	7-Data Validade da Senha 06/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 100370000031869540	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Endereço UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		
13-Nome ANDERSON ALMEIDA FRANÇA			14-Telefone () - - - - -		
15-Atendimento a RN			16-Data de Término do Tratamento 19/04/1978		
17-Nome do Profissional Solicitante			18-Número no CRO 17644		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011247856704			22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE BOUZADA BRUZIGUESES ESPINOLA		
26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BOUZADA BRUZIGUESES ESPINOLA			27-Número no CRO 17644		
28-Código CBO S			29-Código CBO S		
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			31-Número no CRO 17644		
32-Número no CRO			33-Código CBO S		
34-UF RJ			35-Código CBO S		
36-UF RJ			37-Código CBO S		
38-UF RJ			39-Código CBO S		
39-UF RJ			40-Código CBO S		
41-UF RJ			42-Código CBO S		
43-UF RJ			44-Código CBO S		
45-UF RJ			46-Código CBO S		
47-UF RJ			48-Código CBO S		
49-UF RJ			50-Código CBO S		
51-UF RJ			52-Código CBO S		
53-UF RJ			54-Código CBO S		
55-UF RJ			56-Código CBO S		
57-UF RJ			58-Código CBO S		
59-UF RJ			60-Código CBO S		
61-UF RJ			62-Código CBO S		
63-UF RJ			64-Código CBO S		
65-UF RJ			66-Código CBO S		
67-UF RJ			68-Código CBO S		
69-UF RJ			70-Código CBO S		
71-UF RJ			72-Código CBO S		
73-UF RJ			74-Código CBO S		
75-UF RJ			76-Código CBO S		
77-UF RJ			78-Código CBO S		
79-UF RJ			80-Código CBO S		
81-UF RJ			82-Código CBO S		
83-UF RJ			84-Código CBO S		
85-UF RJ			86-Código CBO S		
87-UF RJ			88-Código CBO S		
89-UF RJ			90-Código CBO S		
91-UF RJ			92-Código CBO S		
93-UF RJ			94-Código CBO S		
95-UF RJ			96-Código CBO S		
97-UF RJ			98-Código CBO S		
99-UF RJ			100-Código CBO S		

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-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	47,00	0,00					
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,80	0,00					
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,80	0,00					
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,80	0,00					
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,80	0,00					
6-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,80	0,00					
7-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,80	0,00					
8-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,80	0,00					
9-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,80	0,00					
10-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,80	0,00					
11-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,80	0,00					
12-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,80	0,00					
13-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,80	0,00					
14-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,80	0,00					
15-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,80	0,00					

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fraturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial			
Declaração, 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(ram) 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 12/10/2012 Cristiane B. Bruziguezes Espinola					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 12/10/2012 Cristiane B. Bruziguezes Espinola					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012 Cristiane B. Bruziguezes Espinola					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					