



353931
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/08 4-Data de Autorização 11/01/08 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50182664 7-Data Validade da Senha 10/08/11 12-Data Validade da Senha 10/08/11

8-Número da Carteira 1010317999406310568510 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/01/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706407198209785

13-Nome ALICE SILVA DE CAMPOS DOS SANT 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano ANA LUIZA SILVA DE CAMPOS DOS

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA 18-Número no CRO 37184 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1616726247753 22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA 23-Número no CRO 37184 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA 27-Número no CRO 37184 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	51	1	73,00	0,00	0,00	0,00	10/08/11		
2-0	0	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	61	1	73,00	0,00	0,00	0,00	10/08/11		
3-0	0	87000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM	1	1	59,00	0,00	0,00	0,00	10/08/11		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Térmo do Atendimento 10/08/10 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Francia 46-Total Quantidade US 12051010 47-Valor Total RS 101010 48-Total Franquia / Co-participação RS

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 no 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

Dr. LUIS ALBERTO P. S. TABORDA
Dr. LUIS ALBERTO P. S. TABORDA
Dr. LUIS ALBERTO P. S. TABORDA

50-Data, local e Assinatura do Solicitante 10/08/10 51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 10/08/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/10 53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/08/10

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 10/08/10 55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 10/08/10 56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 10/08/10