



353134
INTERCÂMBIO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--------------------------|--|--|--|--|--|---|--|-------------------|--|---|--|-------------------|--|--|--|----------------------------------|--|------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|
| 1-Registro ANS 406414 | | 3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 8/12/10 | | 4-Data de Autorização 10/7/10 8/12/10 | | 5-Senha AUTORIZADO | | 6-Número da Guia Principal 50182404 | | 7-Data Validade da Senha 10/5/11 1/12/10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | 8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 2 2 0 1 0 5 5 9 | | | | 9-Plano POS REDE PRESTADORA | | | | 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | | | | 11-Data Validade da Carteira / / / / / / | | | | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708606566126281 | | | | | | | | | | | |
| 13-Nome RAQUEL DOREA SOARES | | | | | | | | | | | | 31/03/1985 | | | | | | | | | | | | 14-Teléfono () - - - - - | | | | 15-Nome do titular do plano DARILIA DOREA SOARES | | | |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16-Atendimento a RN N | | 17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA | | 18-Número no CRO 24440 | | 19-UF RJ | | 20-Código CBO S 801 - | | Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 0 5 9 6 2 8 8 7 1 9 | | 22-Nome do Contratado Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA | | 23-Número no CRO 24440 | | 24-UF RJ | | 25-Código CNES | | 26-UF RJ | | 27-Número no CRO 24440 | | 28-UF RJ | | 29-Código CBO S | | 30-UF RJ | | 31-Data de Regulação 04/08/2010 | | 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura | | | | | | | | | |
| 25-Nome do Profissional Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30-Tabela | | 31-Código do Procedimento | | 32-Descrição | | 33-Dente Região | | 34-Face | | 35-Cid | | 36-Quantidade US | | 37-Valor | | 38-Franquia/Co-participação RS | | 39-Aut | | 40-Data de Regulação | | 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura | | | | | | | | | |
| 1-0 0 | | 8 5 1 0 0 2 0 0 | | RESTAURAÇÃO RESINA | | 15 | | OM | | 1 | | 8 8 1 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | | | | | | | | |
| 2-0 0 | | 8 5 1 0 0 2 0 0 | | RESTAURAÇÃO RESINA | | 26 | | OM | | 1 | | 8 8 1 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | | | | | | | | |
| 3-0 0 | | 8 5 1 0 0 2 0 0 | | RESTAURAÇÃO RESINA | | 36 | | OD | | 1 | | 8 8 1 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | | | | | | | | |
| 4-0 0 | | 8 5 1 0 0 1 9 6 | | RESTAURAÇÃO RESINA | | 16 | | O | | 1 | | 6 1 1 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | | | | | | | | |
| 5-0 0 | | 8 5 1 0 0 1 9 6 | | RESTAURAÇÃO RESINA | | 17 | | O | | 1 | | 6 1 1 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | | | | | | | | |
| 6-0 0 | | 8 5 1 0 0 1 9 6 | | RESTAURAÇÃO RESINA | | 27 | | O | | 1 | | 6 1 1 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | | | | | | | | |
| 7-0 0 | | 8 5 1 0 0 1 9 6 | | RESTAURAÇÃO RESINA | | 25 | | O | | 1 | | 6 1 1 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | | | | | | | | |
| 8-0 0 | | 8 5 1 0 0 2 0 0 | | RESTAURAÇÃO RESINA | | 35 | | OM | | 1 | | 8 8 1 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | | | | | | | | |
| 9-0 0 | | 8 5 1 0 0 2 0 0 | | RESTAURAÇÃO RESINA | | 37 | | MO | | 1 | | 8 8 1 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento | | 44-Tipo de Atendimento | | 45-Tipo de Faturamento | | 46-Tipo de Quantidade US | | 47-Valor Total RS | | 48-Tipo de Franquia / Co-participação RS | | 49-Valor Total RS | | 49-Valor Total RS | | 49-Valor Total RS | | 49-Valor Total RS | | 49-Valor Total RS | | 49-Valor Total RS | | | | | | | | | |
| / / | | 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4- Urgência/Emergência | | 1- Total 2- Parcial | | 6 8 4 1 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | 0 0 0 0 | | | | | | | | | |

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(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

Paciente Susana

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante
31/08/2010 Susana

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
31/08/2010 Susana

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/08/2010

53-Data, local e Cartão da Empresa
31/08/2010