



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 8/12/10	4-Data de Autorização 10/3/10 8/12/10	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181127	7-Data Validade da Semeta 10/1/11 1/12/10
--------------------------	--	--	------------------------	--	--

350159
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00377000022717253	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700601302630652
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome
MARIANA BITTENCOURT FERRO COST

15-Nome do titular do plano
MARIA ANALIA MAGALHAES BITTENC

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RU N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA	18-Número no CRO 15486	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00114102487016	22-Nome do Contratado Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES	23-Número no CRO 15486	24-UF RJ	25-Código CMES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante KYRIA SPYRO SPYRIDES	27-Número no CRO 15486	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- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia (Co-participação) R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	2	9	4				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 1/1/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	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 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.

9-Observação

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 1/1/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/3/10 8/12/10 Clínica Odonto CRO RJ 287	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/3/10 8/12/10 Clínica Odonto CRO RJ 287	53-Data, local e Cartão da Empresa 10/3/10 8/12/10 Clínica Odonto CRO RJ 287
---	---	---	--