



423739
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/01/11 4-Dia de Autorização 12/01/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50207623 7-Data Validade da Senha 11/08/12 12/11

8-Número da Carteira 1003700000201150574 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703402498826500

13-Nome JACQUELINE GAULKE SCHUNCK 28/12/1959 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano JACQUELINE GAULKE SCHUNCK

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 18-Número no CRO 26161 19-UF RS 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 184576537091 22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 23-Número no CRO 26161 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 27-Número no CRO 26161 28-UF RS 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-Movimento	42-Assinatura
1-00	0810010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00				S	
2-00	0853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00				S	
3-00	0853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00				S	
4-00	0853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00				S	
5-00	0853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00				S	
6-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	1	1	61,00	0,00				S	
7-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	1	1	61,00	0,00				S	
8-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	1	1	61,00	0,00				S	
9-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	1	1	61,00	0,00				S	
10-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	1	1	61,00	0,00				S	
11-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	1	1	61,00	0,00				S	
12-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	1	1	61,00	0,00				S	
13-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	1	1	61,00	0,00				S	
14-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	1	1	61,00	0,00				S	

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totais 2-Parcial 46-Totais Quantidade US 727,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Totais 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 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

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Bruna Oliveira 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Bruna Oliveira 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Bruna Oliveira 53-Data, local e Caimbo da Empresa

Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161