



397777
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/11/2011 4-Data de Autorização 16/11/2011 5-Senha AUTORIZADO 50199693 6-Número da Guia Principal 50199693 7-Data Validade da Senha 14/10/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100370000014632163 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 701206067790816

13-Nome MIGUEL PEDRO SANTANA BARBOSA M 27/12/2011 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano ALINE SANTANA BARBOSA MEDEIROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA 18-Número no CRO 49467 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1411285141729 22-Nome do Contratado Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA 23-Número no CRO 49467 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA 27-Número no CRO 49467 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-Faturar Empresa

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 Gloriosa	42-Assinatura
1-0	0	8100065										
2-0	0	8400090										
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/12/2011 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 1106,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total 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(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 17/11/2011 Cirurgião-Dentista KARINNE R. ALVES LIMA CRO-RJ 49467 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/2011 Cirurgião-Dentista KARINNE R. ALVES LIMA CRO-RJ 49467 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/2011 Aline S. Barbosa Medeiros 53-Data, local e Assinatura da Empresa ODONTO MED FARMACIA S.A. ODONT. LTDA CNPJ: 14.092.419/000125 EPPAD / RJ 3494 IMSC. Municipal: 0521154-9