



323296
INTERCAMBIO

1-Registro AOS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/2016 4-Data de Autorização 11/10/2016 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50157472 7-Data Validade da Santa 09/10/2016 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703408949045600

323296
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000005473686 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa UNNI CLUBE DE

11-Data Validade da Carteira 11/10/2016

12-Data Validade da Santa 09/10/2016

13-Data Validade da Santa 09/10/2016

14-Data Validade da Santa 09/10/2016

13-Nome EDUARDO PEREIRA DA COSTA

29/05/1980

14-Relação ()

15-Nome do titular do plano EDUARDO PEREIRA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RAQUEL ALEGRE

22-Nome do Contratado Executante RAQUEL ALEGRE

18-Número no CRO 35965 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

23-Número no CRO 35965 24-UF RJ 25-Código CNES

26-UF RJ 27-Código CBO S

28-UF RJ 29-Código CBO S

30-UF RJ 31-Código CBO S

32-UF RJ 33-Código CBO S

RAQUEL ALEGRE

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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
1-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	10,00	10,00	10,00	10/10/2016		
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	10,00	10,00	10,00	10/10/2016		
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	10,00	10,00	10,00	10/10/2016		
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	10,00	10,00	10,00	10/10/2016		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/10/2016

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 140,00

47-Valor Total R\$ 0,00

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 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2016

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2016

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2016

53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/2016

54-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/2016

Dra. Raquel da Costa
Odontóloga Especialista
CBO/RN 35065