



336109
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175203	7-Data Validade da Senha 06/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		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 898004611385258
8-Número da Carteira 00379994062972780					

13-Nome CARLOS MAURICIO DE SOUZA QUEIR		14-Telefone (21) 9818-3444	15-Nome do titular do plano CARLOS MAURICIO DE SOUZA QUEIR
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA BORGES PINHEIRO	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10208688722	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO	18-Número no CRO 32943	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO	23-Número no CRO 32943	24-UF RJ	25-Código CNES	
	27-Número no CRO 32943	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	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		S	08/10/2012		
2	0082001022	INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-	36		1	8,00	0,00		S	08/10/2012		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/10/2012	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 42,00	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 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, ou assinar esse documento, o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
08/10/2012
08047955786

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2012 Roberta B. Pinheiro Cirurgião-Dentista CRO: 32943	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/2012
---	---	---	---

DENTIMPLANTE ODONTOLÓGICA
URGÊNCIA 24 HORAS
Rua Dias da Cruz, 720
Méier - CEP 20720-113
Rio de Janeiro - RJ