



296329
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Cópia da Emissão da Guia 10/4/10 13/12/0 4-Data de Autorização 10/4/10 3/12/0 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50156173 7-Data Validade da Senha 10/2/10 16/12/0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/03/79 9-Idade 9 10-Data de Nascimento 06/11/97 11-Data Validade da Carteira 10/03/79 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700604938086262

6-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira 10/03/79

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700604938086262

13-Nome ANA MARIA PEZZOTTI

01/08/1969

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do Titular do plano BRUNO MAXIMO CASTEL RUIZ WANDE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL DE MELO MENDES

18-Número no CRO 42797

19-UF RJ

20-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/1438029683 22-Nome do Contratado Executante DANIEL DE MELO MENDES

23-Número no CRO 42797

24-UF RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante DANIEL DE MELO MENDES

27-Número no CRO 42797

28-UF RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Meior	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00		0,00				Am
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00		0,00				Am
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00		0,00				Am
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00		0,00				Am
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00		0,00				Am
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00		0,00				Am
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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-Total 2-Fractal 46-Valor Total US 1174,00 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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Endodontista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CRO-RJ 42.797