



356231
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/10/2014 4-Data de Autorização 13/10/2014 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50183715 7-Data Validade da Guia 11/11/2014

8-Número da Carteira 10103701000218547015 9-Piloto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/11/2014 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702602210773348

13-Nome LUNNA EVA HENRIQUES ABREU DA S 07/01/2014 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano LUNNA EVA HENRIQUES ABREU DA S

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 24440 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1010591621887119 22-Nome do Contratado Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 24440 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 24440 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 Class	42- Assinatura
1-010	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	10,00	0,00	13/08/2014	13/08/2014	1	
2-010	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	1	7,2	10,00	0,00	13/08/2014	13/08/2014	1	
3-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	10,00	0,00	13/08/2014	13/08/2014	1	
4-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	10,00	0,00	13/08/2014	13/08/2014	1	
5-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	10,00	0,00	13/08/2014	13/08/2014	1	
6-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	10,00	0,00	13/08/2014	13/08/2014	1	
7-010	8100014	CONDICIONAMENTO EM	1	1	1	7,0	10,00	0,00	13/08/2014	13/08/2014	1	
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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-Parcial 46-Total Quantidade US 316,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Paciente C/Prescrif.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 13/08/2014 [Assinatura] 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 13/08/2014 [Assinatura] 52-Data, local e Assinatura do Responsável 13/08/2014 [Assinatura] 53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/08/2014 [Assinatura]