



358031
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 17/10/2018 4-Data de Autorização 17/10/2018 5-Será ABERTO 6-Número da Guia Principal 358031 7-Data Validade da Serina 15/11/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000137864000 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 17/10/2018 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700409700575250

13-Nome LEONARDO MARTINS BANDEIRA 27/11/1995 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LEONARDO MARTINS BANDEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adoção a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE 18-Número no CRO 35792 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE 23-Número no CRO 35792 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE 27-Número no CRO 35792 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dental/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	14/08/2020	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

42-Data Prevista Término do Tratamento 43-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 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração: 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 Cliente: 14/08/2020, Curitiba, PR, Dr. Fernando Alvarenga, CRO - RJ 35792 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/08/2020, Curitiba, PR, Dr. Fernando Alvarenga, CRO - RJ 35792 52-Data, local e Assinatura do Responsável: 14/08/2020, Curitiba, PR, Dr. Fernando Alvarenga, CRO - RJ 35792 53-Data, local e Carimbo da Empresa: 14/08/2020, Curitiba, PR, Dr. Fernando Alvarenga, CRO - RJ 35792