



379475
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406614 3-Dados de Emissão da Guia 12/11/09 12/10 4-Código de Autorização 12/11/09 12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50193012 7-Data Validade da Guia 12/10/12/12/10

8-Número da Carteira 10/10/37/0/0/0/0/2/7/0/3/1/4/2/2 9-Ponto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 12/11/12/11/12 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 703204682145891

13-Nome HELENA ALMEIDA FERREIRA 14-Método 15-Nome do titular do plano HELENA ALMEIDA FERREIRA 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 18-Número no CRO 31802 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18/24/3/6/2/7/4/7/2/0 22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 23-Número no CRO 31802 24-UF RJ 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 27-Número no CRO 31802 28-UF RJ 29-Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franchia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Assinatura de Clima	42- Assinatura
1	0	0	8	1	0	0	0	6	5			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Diagnóstico Termino do Tratamento 12/11/09 12/10 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 34,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchia / 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 obrigações 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operador 50-Data, local e Assinatura do Grupo Odontológico 12/11/09 12/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/09 12/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/11/09 12/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/09 12/10