

2-N^o

292293
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Cota de Emissão da Guia 2 5 / 10 2 / 12 10 1	4-Cota de Autorização _ _ / _ _ / _ _	5-Senhá PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 2922C3	7-Data Validade da Senhá 12 5 / 10 5 / 12 10 1
--------------------------	---	--	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	0	0	0	3	7	0	0	0	0	0	0	0	1	6	6	9	5	3	2	6			
9-Plano	POS FEDE PRESTADORA																						
10-Empresa	UNIMED SAUDE E OCONTO S/A																						
11-Data Vaidade da Carteira																							
12-Número do Contrato Nacional	7041061315401																						

13. Name _____

13- Nome	MONICA DA SILVA PIANTA
14- Telefone	() - - - - -
15- Nome do titular do plano	MONICA DA SILVA PIANTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL RO_DI VIEIRA PINHEIRO	18-Número no CRO 30438	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	109224371736
22-Nome do Contratado Executante	DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO
23-Número no CRO	30438
24-UF	RJ
25-Código CNE 3	

26-Nome do Profissional Excludente

26-Nome do Profissional Excitante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	30438	RJ	

plano de Tratamento / Processamentos solicitados

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Ace	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data
30- Tabela	3- Código do Procedimento								

41- Motivo da Glosa: 42-Assinatura

CONSULTA ODONTOLÓGICA DE _____

1. 0 | 0 | 8 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | 7 | 1 | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | N | 25 /

Chlorophyll

[illegible][illegible]

6

7.

[illegible]

10 | O D O N T O B A R R A S E R V I Ç O S

ODONTOLÓGICOS, LTDA

[illegible][illegible]

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Pagamento	46-Total Quantidade US \$	47-Valor Total R\$
☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	4 2 1 0 0	0 0 0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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 (o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), o/foram realizado(s) em minha conta, ao profissional contratado que, assim, neste documento, os valores referentes ao tratamento realizado, como remetido-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Alimento + droga que de absorção + medicação + vacina + medicamento

50-Dati locali e Assinatura o Chirurgia-Dentista Solicitante	51-Dati locali e Assinatura o Chirurgia-Dentista	52-Dati locali e Assinatura o Beneficiario/Responsabile	53-Dati locali e Carimbo da Empresa

53-Dati Local e Carimbo da Empresa

Silva Santa