

406348  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 2 7 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202044	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 1 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

13-Nome ALICE CRISTINA DE SOUZA MACIEL		14-Telefone ( ) - - - - -		15-Nome do titular do plano ALICE CRISTINA DE SOUZA MACIEL	
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira / /	
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 2 0 2 5 0 4 8 0		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702402520112120			

Dedidos do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	18-Número no CRO 8683	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17156115112671871111	22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	23-Número no CRO 8683	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	26-Número no CRO 8683	27-UF RJ	28-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
12/08/16 11:00	1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 1 7 8 0 0	44.490,00	

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 pagar as despesas decorrentes das mesmas, inclusive com honorários profissionais, de acordo com as condições estabelecidas no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome, por meio de cheque, 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

500-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/8/11	11/25	Angela Chava
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/8/11	11/25	Angela Chava
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/8/11	11/25	Angela Chava
53-Data, local e Carimbo da Empresa	11/11/11	11/11/11	Angela Maria Couto