



325914
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/07/2017 4-Data de Autorização 18/06/2017 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50166809 7-Data Validade da Guia 15/09/2017

8-Número da Carteira 03799406277120 9-Plano POS REDE PRESTADORA 14/07/1983 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 11/07/17 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705002253754558

13-Nome PALOMA ALEXANDRINA SODRE GOMES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano WASHINGTON SANTANA DO CARMO

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RAQUEL ALEGRE 18-Número no CRO 35965 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 71125035234 22-Nome do Contratado Executante RAQUEL ALEGRE 23-Número no CRO 35965 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante RAQUEL ALEGRE 27-Número no CRO 35965 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-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 Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			10/08/2017		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			10/08/2017		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			10/08/2017		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			10/08/2017		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			10/08/2017		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Cópia Previsto 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 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / 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 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(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-Observação

50-Carte, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/2017 51-Carte, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2017 52-Carte, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/2017 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/08/2017

Dr. Rafael A. Belindo
Odontólogo Especialista
CRO/RJ 35965