



425447
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2012	4-Data de Autenticação 23/11/2012	5-Sexo AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207909	7-Data Válida de Saída 21/12/2012
8-Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 003700000017720891		10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 701408628384439
13-Nome FERNANDA CRISTINA DE ALMEIDA		14-Data de Nascimento 28/01/1982		15-Nome de Referência do plano FERNANDA CRISTINA DE ALMEIDA	
16-Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR		18-Número no CRO 40774	19-UF RJ	20-Código CBO 8 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85300039-012 (1) 85300039-013 (1) 85300039-011 (1) 85300039-014
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58329005615		22-Nome do Contratado Encarregado MARINA MOREIRA SALVADOR		23-Número no CRO 40774	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Encarregado MARINA MOREIRA SALVADOR		26-Número no CRO 40774		27-UF RJ	28-Código CBO 8

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Operação/Rapto	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/11/2012	
2	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00			30/11/2012	
3	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00			30/11/2012	
4	0085300039	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00			30/11/2012	
5	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00			30/11/2012	
6	00820000816	EXODONTIA A RETALHO			36	73,00	0,00			30/11/2012	
7	00820000816	EXODONTIA A RETALHO			46	73,00	0,00			30/11/2012	
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término 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 356,00	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), 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-Dado, local e Assinatura do Operador/Operadora Solicitante	51-Dado, local e Assinatura do Beneficiário	52-Dado, local e Assinatura do Profissional	53-Dado, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------