



411526  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/4/11 11/2/10 4-Data de Autorização 10/4/11 11/2/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50203796 7-Data Validade da Sentença 10/12/10 12/11/11

8-Número da Carteira 10/03/79 9-9/4/10 6/2/7 2/7 6/8 8/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

SABRINA CARDOZO GONCALVES DE CARVALHO 10/11/1979 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SABRINA CARDOZO GONCALVES DE CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL DE MELO MENDES 18-Número no CRO 42797 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011438029683 22-Nome do Contratado Executante DANIEL DE MELO MENDES 23-Número no CRO 42797 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DANIEL DE MELO MENDES 27-Número no CRO 42797 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-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 Guia | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-10      | 0181000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        |                       |                   |               |
| 2-10      | 0184000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 |        |                       |                   |               |
| 3-10      | 0184000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 |        |                       |                   |               |
| 4-10      | 0184000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 |        |                       |                   |               |
| 5-10      | 0184000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 |        |                       |                   |               |
| 6-10      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7-10      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8-10      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9-10      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10-10     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11-10     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12-10     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13-10     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14-10     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15-10     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Sistema Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1774,00 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(a) 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 essa documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Daniel de Melo Mendes

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Clínico Geral CRO-RJ 42-797 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa