

2-N₂343210
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10 7/12/01	4-Data de Autorização 12/2/10 7/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50178105	7-Data Validade da Senha 12/01/10 1/2/01
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário 8-Número de Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 1 6 3 1 7 4 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 706306767322572
13-Nome BRUNA CADENA DE SOUZA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano BRUNA CADENA DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S		801 - Faturar Empresa	
N		LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		37184		RJ					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES			
6 6 7 2 6 2 4 7 7 5 3		LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		37184		RJ					
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S					
LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		37184		RJ							

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura		
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							
1-0	0810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00		Si	27/05/20					
2-0	0814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00		0,00		Si	27/05/20					
3-0	0814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00		0,00		Si	27/05/20					
4-0	0814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00		0,00		Si	27/05/20					
5-0	0814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00		0,00		Si	27/05/20					
6-																
7-																
8-																
9-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																

43-Data Emissão: 27/05/20

44-Tipo de Atendimento: 1-Total 2-Parcial

45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US: 174,00

47-Valor Total R\$: 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$: 0,00

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 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.

10. Observações

[illegible][illegible]

50 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

James J. Van Dyke