



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/01/11 11:20	4-Data de Autorização 12/01/11 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207625	7-Data Válida da Senha 11/8/10 12/12/11
--------------------------	--	---	-----------------------	--	--

423743
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00037700000020150574	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Válida da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703402498826500
--	--------------------------------	---	--	--

13-Nome JACQUELINE GAULKE SCHUNCK	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JACQUELINE GAULKE SCHUNCK
--------------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	18-Número no CRO 26161	19-UF RS	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 184576537091	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	23-Número no CRO 26161	24-UF RS	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	27-Número no CRO 26161	28-UF RS	29-Código CBO S	

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-Memo da Clíase 42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00	S	11/11/11	Bruna Oliveira
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	S	11/11/11	Bruna Oliveira
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00	S	11/11/11	Bruna Oliveira
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00	S	11/11/11	Bruna Oliveira
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00	S	11/11/11	Bruna Oliveira
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 305,00	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.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/11/11 Bruna Oliveira	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/11 Bruna Oliveira	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/11 Bruna Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Bruna Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161