



310003
INTERCAMBIO

1- Registro ANVS 406414 3- Data de Emissão da Guia 10/04/2015 4- Data de Autorização 10/04/2015 5- Sanha AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 50162482 7- Data Válida na Sanha 10/12/2018 8- Data Válida na Guia 10/12/2018

9- Número da Carteira 10/03/79 9/9/4/0/6/4/2/1/3/9/6/7 10- Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11- Data Válida da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 706705519905611 13- Nome LEILA DE FATIMA XAVIER SILVA 14- Telefone (21) 91637179119 15- Nome do titular do plano LEILA DE FATIMA XAVIER SILVA 23/06/1957

16- Acreditamento a RUI ELIANE BISPO DE ALENCAR 17- Nome do Profissional Solicitante ELIANE BISPO DE ALENCAR 18- Nome do Profissional Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR 19-UF RJ 20- Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21- Código na Operadora CNU/CPF 22- Nome do Contratado Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR 23- Número no CBO 16512 24-UF RJ 25- Código CBO S 16512 26- Código CBO S 16512 27- Número no CBO 16512 28- Nome do Profissional Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR 29-UF RJ 30- Código CBO S 16512

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- Modo de Pagamento	42- Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00					
2	00	EXODONTIA SIMPLES DE	17	1	1	7,30	0,00					
3	00	RESTAURAÇÃO RESINA	28	0	1	6,10	0,00					
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												

43- Data Realizada 44- Tipo de Atendimento 45- Tipo de Faturamento 46- Total Quantidade US 47- Valor Total R\$ 48- Total Franquia / Co-participação R\$ 49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário 53- Data, local e Assinatura da Empresa