



404985
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 01/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201662	7-Data Validade da Senha 24/10/11 12/11
--------------------------	--	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1003179994066005083	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700503501213255
13-Nome LIVIA SILVEIRA PIRES	13-Data 26/06/1986	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LIVIA SILVEIRA PIRES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA	18-Número no CRO 8132	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145760381768	22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	23-Número no CRO 8132	24-UF RJ	25-Código CINES
26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA		27-Número no CRO 8132	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 Glosa 42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00	0,00	S	11/11/11	2012x
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	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-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/10 11/11 406414	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/11/10 11/11 2012x	52-Data, local e Carimbo de Empresa 11/11/11
--	---	---