



2-Nº



297831
INTERCÂMBIO

Faturar Empresa

[illegible]

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.

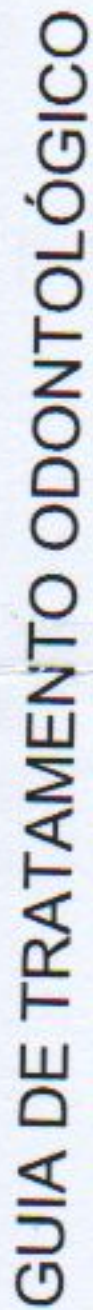
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
[10/11/2012] [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
[10/11/2012] [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
[11/11/2012] [Assinatura]

53-Data, local e Carimbo da Empresa
[]/[]/[]



297648
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 6 0 3 1 2 0	4-Data de Autorização 1 0 1 0 3 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50156904	7-Data Validade da Senha 0 4 1 0 6 1 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	10	0	3	7	0	0	0	0	0	2	3	2	0	5	6	2	0	1	1	1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA																			
10-Empresa	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A																			
11-Data Validade da Carteira	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12-Número do Cartão Nacional	7063027090163																			
13-Nome																				

ANNA BEATRIZ MOREIRA COSMO	29/12/2005	14-Telefone () -)	15-Nome do titular do plano NELSON ARRARES MOREIRA
----------------------------	------------	------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES	18-Número no CRO 27412	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	----------------------------------	--------------------	---------------------------------

22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
PAULA RIBEIRO GOMES	27412	RJ	

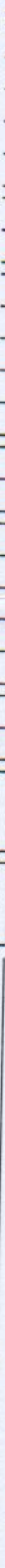
0 8 3 8 1 8 3 8 7 5 4

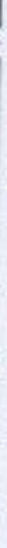
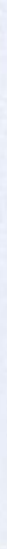
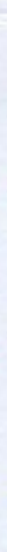
26-Nome do Profissional Executante

PAULA RIBEIRO GOMES	Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
		27412	RJ	

[illegible]

CONSULTA ODONTOLÓGICA

3. 




11

2

[illegible]

☐ 1-Tratamento Odontológico	☐ 2-Exame Radiológico	☐ 3-Ortodontia	☐ 4-Urgência/Emergência
claro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confesso:			
☐ 1-Tipo de Tratamento	☐ 1-Total	☐ 2-Parcial	
43-Ipo de Faturamento		46- Total Quantidade US\$ 	
		47-Valor Total R\$ 	

Observação

Blank lined paper with a vertical crease down the center.

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2011 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2011 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2011 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	--

[Handwritten signature]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

298948
INTERCÂMBIO

Local de Emissão

10-Data de Emissão

11-Data de Validade da Sentença

12-Data de Validade da Carteira

13-Data de Validade da Carteira

14-Data de Validade da Carteira

15-Data de Validade da Carteira

16-Data de Validade da Carteira

17-Data de Validade da Carteira

18-Data de Validade da Carteira

19-Data de Validade da Carteira

20-Data de Validade da Carteira

21-Data de Validade da Carteira

22-Data de Validade da Carteira

23-Data de Validade da Carteira

24-Data de Validade da Carteira

25-Data de Validade da Carteira

26-Data de Validade da Carteira

27-Data de Validade da Carteira

28-Data de Validade da Carteira

29-Data de Validade da Carteira

30-Data de Validade da Carteira

31-Data de Validade da Carteira

32-Data de Validade da Carteira

33-Data de Validade da Carteira

34-Data de Validade da Carteira

35-Data de Validade da Carteira

36-Data de Validade da Carteira

37-Data de Validade da Carteira

38-Data de Validade da Carteira

39-Data de Validade da Carteira

40-Data de Validade da Carteira

41-Data de Validade da Carteira

42-Data de Validade da Carteira

43-Data de Validade da Carteira

44-Data de Validade da Carteira

45-Data de Validade da Carteira

46-Data de Validade da Carteira

47-Data de Validade da Carteira

48-Data de Validade da Carteira

49-Data de Validade da Carteira

50-Data de Validade da Carteira

51-Data de Validade da Carteira

52-Data de Validade da Carteira

53-Data de Validade da Carteira

54-Data de Validade da Carteira

55-Data de Validade da Carteira

56-Data de Validade da Carteira

57-Data de Validade da Carteira

58-Data de Validade da Carteira

59-Data de Validade da Carteira

60-Data de Validade da Carteira

61-Data de Validade da Carteira

62-Data de Validade da Carteira

63-Data de Validade da Carteira

64-Data de Validade da Carteira

65-Data de Validade da Carteira

66-Data de Validade da Carteira

67-Data de Validade da Carteira

68-Data de Validade da Carteira

69-Data de Validade da Carteira

70-Data de Validade da Carteira

71-Data de Validade da Carteira

72-Data de Validade da Carteira

73-Data de Validade da Carteira

74-Data de Validade da Carteira

75-Data de Validade da Carteira

76-Data de Validade da Carteira

77-Data de Validade da Carteira

78-Data de Validade da Carteira

79-Data de Validade da Carteira

80-Data de Validade da Carteira

81-Data de Validade da Carteira

82-Data de Validade da Carteira

83-Data de Validade da Carteira

84-Data de Validade da Carteira

85-Data de Validade da Carteira

86-Data de Validade da Carteira

87-Data de Validade da Carteira

88-Data de Validade da Carteira

89-Data de Validade da Carteira

90-Data de Validade da Carteira

91-Data de Validade da Carteira

92-Data de Validade da Carteira

93-Data de Validade da Carteira

94-Data de Validade da Carteira

95-Data de Validade da Carteira

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

298948
INTERCÂMBIO

3-Data de Emissão da Guia 11/01/03112101		4-Data de Autorização 11/01/03112101		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50157582		7-Data Validade da Senha 08/10/161210	
8-Número da Carteira 000371909401611210111211		9-Nome FOS REDE PRESTADORA		10-Empresa MUNDO CONTABIL ASS		11-Caixa Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707001869197439	
13-Nome SIMONE DE ALMEIDA FRAGOSO		14-Telefone (11) 1111111111		15-Nome do titular do plano SIMONE DE ALMEIDA FRAGOSO		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA RIBEIRO GOMES	
18-Número no CRO 27412		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00838183875411		22-Nome do Contratado Executante PAULA RIBEIRO GOMES	
23-Número no CRO 27412		24-UF RJ		25-Código CNES 27412		26-Nome do Profissional Executante PAULA RIBEIRO GOMES		27-Número no CRO 27412	
28-UF RJ		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-Motivo da Glosa		42-Assinatura	
1-000181100006151		1-000181100006151		1-000181100006151		1-000181100006151		1-000181100006151	
2-000181100006151		2-000181100006151		2-000181100006151		2-000181100006151		2-000181100006151	
3-000181100006151		3-000181100006151		3-000181100006151		3-000181100006151		3-000181100006151	
4-000181100006151		4-000181100006151		4-000181100006151		4-000181100006151		4-000181100006151	
5-000181100006151		5-000181100006151		5-000181100006151		5-000181100006151		5-000181100006151	
6-000181100006151		6-000181100006151		6-000181100006151		6-000181100006151		6-000181100006151	
7-000181100006151		7-000181100006151		7-000181100006151		7-000181100006151		7-000181100006151	
8-000181100006151		8-000181100006151		8-000181100006151		8-000181100006151		8-000181100006151	
9-000181100006151		9-000181100006151		9-000181100006151		9-000181100006151		9-000181100006151	
10-000181100006151		10-000181100006151		10-000181100006151		10-000181100006151		10-000181100006151	
11-000181100006151		11-000181100006151		11-000181100006151		11-000181100006151		11-000181100006151	
12-000181100006151		12-000181100006151		12-000181100006151		12-000181100006151		12-000181100006151	
13-000181100006151		13-000181100006151		13-000181100006151		13-000181100006151		13-000181100006151	
14-000181100006151		14-000181100006151		14-000181100006151		14-000181100006151		14-000181100006151	
15-000181100006151		15-000181100006151		15-000181100006151		15-000181100006151		15-000181100006151	
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1		45-Tipo de Faturamento 1-1		46-Total Quantidade US 3121010		47-Valor Total R\$ 01010	
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1111111111		49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11/11/11		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11/11/11		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11/11/11	

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