



422785
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011	4-Data de Autorização 11/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207373	7-Data Validade da Senha 11/02/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/02/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703400991207500
13-Nome MARCIA DA CONCEICAO RIBEIRO		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano MARCIA DA CONCEICAO RIBEIRO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número na CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número na CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CHES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	27-Número na CRO 24207	28-UF RJ	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO					

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-	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	47,00	0,00			11/02/2012		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/02/2012	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 47,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), 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 11/09/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/09/2011
---	---	---	---



417462
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205555	7-Data Validade da Senha 10/10/2012
8-Número da Carteira 00370000032667119		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BELL CRED PROMOTORA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704009849426966
13-Nome VICENTE BELLO JUNIOR			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VICENTE BELLO JUNIOR	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	18-Número na CRO 24207	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779			22-Nome do Contratado Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número na CRO 24207	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante FABIANA LEMOS CRISTIANO			27-Número na CRO 24207	28-UF RJ	29-Código CBO S
20-Código CBO S			801 - Faturar Empresa		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			12/11/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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 47,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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), 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 Operador-Dentista Solicitante 12/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Operador-Dentista 12/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



423060
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/2012	4-Data de Autorização 19/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207477	7-Data Validade da Senha 17/02/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		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 701003878898994
-----------------------	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome ARTHUR ORLANDO CORREA SCHILITH	14-Telefone 20/01/1983	15-Nome do titular do plano ARTHUR ORLANDO CORREA SCHILITH
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 24207	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA LEMOS CRISTIANO	23-Número no CRO 24207	24-UF RJ	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07009448779	22-Nome do Contratado Executor FABIANA LEMOS CRISTIANO	27-Número no CRO 24207	28-UF RJ	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executor FABIANA LEMOS CRISTIANO				

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	19/11/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 47,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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-Cidade, Estado e Assinatura do Contratado-Dono/Donatário	51-Cidade, Estado e Assinatura do Contratado-Dentista	52-Cidade, Estado e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Cidade, Estado e Assinatura do Profissional Assistente
---------------	---	---	--	---