



337693

INTERCOMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2017 12:01	4-Data de Autorização 11/01/2017 12:01	5-Série PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 337693	7-Data Validade da Série 10/08/2017 12:01
--------------------------	---	---	----------------------------------	--------------------------------------	--

8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Plano UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/01/2017 12:01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700503962448454
--------------------------------	--------------------------------------	---	--	--

13-Nome THIANA ROCHA RODRIGUES ALVES	14-Data de Validade da Carteira 10/08/1981	15-Nome do Titular do plano THIANA ROCHA RODRIGUES ALVES
---	---	---

16-Atendimento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	18-Número no CRO 35861	19-UF RJ	20-Código CBO S 901
---------------------------	--	---------------------------	-------------	------------------------

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 110165141791778	22-Nome do Contratado Examinante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	23-Número no CRO 35861	24-UF RJ	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Examinante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	27-Número no CRO 35861	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cod	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Método de Guisa	42-Atividade
1-01018110001049		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	20/07/2017		
2-01018511010056		CURATIVO DE DEMORA EM	16	1		8,00	0,00		N	20/07/2017		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totai 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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(ram) 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.

Assinatura do Paciente: *Thiana Rocha Rodrigues Alves* Data: 20/07/2017

Assinatura do Profissional Solicitante: *Bruno Tadeu de Aguiar Martins* Data: 20/07/2017

Assinatura do Profissional Examinante: *Bruno Tadeu de Aguiar Martins* Data: 20/07/2017

Assinatura do Responsável: *Bruno Tadeu de Aguiar Martins* Data: 20/07/2017

Assinatura do Beneficiário: *Thiana Rocha Rodrigues Alves* Data: 20/07/2017