



332707
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414 2-Data de Emissão da Guia 10/11/07 3-Data de Autorização 12/9/07 4-Sentença AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 50173844 6-Data Validade da Sentença 12/9/09 7-Data Validade da Guia 12/09/20

8-Data de Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994064051002 9-Ano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A 11-Data Validade da Carteira 12/09/09 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700408454865544

13-Nome ANTONIO CARLOS GOMES GREY 14-Telefone 25/10/1967 15-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS GOMES GREY

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RAQUEL ALEGRE 18-Número no CRO 35965 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17111250351234 22-Nome do Contratado Executante RAQUEL ALEGRE 23-Número no CRO 35965 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RAQUEL ALEGRE 27-Número no CRO 35965 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-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1	00	81000030										
2	00	85100196										
3	00	85100196										
4	00	85100196										
5	00	85100196										
6	00	85100196										
7	00	85100196										
8	00	85100196										
9	00	85100196										
10	00	85100196										
11	00	85100196										
12	00	85100196										
13	00	85100196										
14	00	85100196										
15	00	85100196										

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/08/20 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 1278,00 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/08/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/08/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/08/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/08/20

Dr. Raquel A. Teixeira
Odontóloga Especialista
CRO/RJ 35965