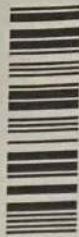




2-49

366872
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/08 12:01	4-Data de Autorização 13/11/08 12:01	5-Sinoma AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188005	7-Data Validade da Guia 12/9/11 11:21	366872 INTERCÂMBIO
8-Atividade da Clínica 0103171999405189335379	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		
13-Nome ROSALDO CARNEIRO CAVALCANTI NETO	13/10/1963	14-Telefone				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO LEONARDO MISAEEL FREIRE	18-Número no CRO 43577	19-UF RJ	20-Código CBO S	21-Data de Realização 30-Aut	41-Motivo da Guisa-42-Justificativa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05878961750	22-Nome do Contratado Encarregado ROBERTO LEONARDO MISAEEL FREIRE	23-Número no CRO 43577	24-UF RJ	25-Código CMES	26-Enviar - RX (IP) 85200196-45	
26-Nome do Profissional Encarregado ROBERTO LEONARDO MISAEEL FREIRE	27-Número no CRO 43577	28-UF RJ	29-Código CBO S			
Roteiro de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-00181520101166		TRATAMENTO ENDODONTICO	45			
2-1						
3-1						
4-1						
5-1						
6-1						
7-1						
8-1						
9-1						
10-1						
11-1						
12-1						
13-1						
14-1						
15-1						
43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/08 11:20	44-Tipo de Atendimento 11	45-Tipo de Faturamento 11	46-Total Quantitativa US 11 2581010	47-Valor Total RS 11 01010	48-Total Frequência Coparticipação RS 11 01010	

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.

48-Observação

ROBERTO LEONARDO MISAEEL FREIRE
Data, local e Assinatura do Contratado-Dono da Saúde
13/11/08 11:20
Data, local e Assinatura do Profissional Responsável
13/11/08 11:20