



2.º Nº

368656  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
0 1 / 1 1 2 / 1 2 0

6-Número da Guia Principal  
50188810

5-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
0 2 / 0 9 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia  
0 2 / 0 9 / 1 2 0

1-Registro ANS  
406414

8-Data de Emissão da Guia  
0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 4 3 4 3 7 3 9

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  
706308739795773

13-Nome  
MURILO OLIVEIRA SOUSA

14-Telefone  
( ) / / / / / /

15-Nome do titular do plano  
MURILO OLIVEIRA SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
BERNARDO CAMPOS MACHADO

18-Número no CRO  
37194

19-UF  
RJ

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1 1 6 2 9 0 2 6 7 1 9

22-Nome do Contratado Executante  
BERNARDO CAMPOS MACHADO

23-Número no CRO  
37194

24-UF  
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante  
BERNARDO CAMPOS MACHADO

27-Número no CRO  
37194

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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	9 0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 9 / 1 2 0			
2	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	9 0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 9 / 1 2 0			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento  
/ / / / / /

44-Tipo de Atendimento  
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento  
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US  
1 8 0 1 0 0

47-Valor Total R\$  
0 1 0 0

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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
/ / / / / /

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
0 8 / 1 0 3 / 1 2 0

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
0 8 / 1 0 3 / 1 2 0

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