



354714
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dados de Emissão da Guia 11/11/08 11/210	4-Data de Autorização 11/11/08 11/210	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183030	7-Data Validade da Sentença 10/9/11 11/1210	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702305186450815
8-Número da Carteira 101031701010002101339112	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	15-Nome do titular do plano FERNANDO CESAR TRINDADE BRITO	13-Nome THAYNARA BRAGA BRITO	14-Telefone () - - - - -
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	18-Número no CRO 31802	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 82436274720	22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA
23-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 8100421- (II) 8100421-	26-UF RJ	27-Número no CRO 31802	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 8100421- (II) 8100421-

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franchia/Co-participação RS	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	11,21	08	11/21	42	
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	11,21	08	11/21	42	
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	11,21	08	11/21	42	
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD	1	1	36,00	0,00	11,21	08	11/21	42	
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	16,00	0,00	11,21	08	11/21	42	
6-00	8100421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,00	11,21	08	11/21	42	
7-00	8100421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	14,00	0,00	11,21	08	11/21	42	
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	6,00	0,00	11,21	08	11/21	42	
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dados Previstos Tratamento 1241/08/20	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 1294,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 10,00
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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) 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 1241/08/20	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1241/08/20	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1241/08/20	53-Data local e Assinatura da Empresa 1241/08/20
--	--	--	---