



390737
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/01/20	4-Data de Autorização 06/11/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197143	7-Data Validade da Senha 04/10/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994065452701		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003288464138
13-Nome SOPHIA DE JESUS VICENTE DE SOU			14-Telefone 13/01/2009	15-Nome do titular do plano FERNANDO CASIMIRO BELINI DE SO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		18-Número no CRO 43192	19-UF RJ	20-Código CBO B 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15375816784		22-Nome do Contratado Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		23-Número no CRO 43192	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		26-Número no CRO 43192		27-UF RJ	28-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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			31/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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/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 13/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/20
---	---	---	---

Mayara Andrade de Souza
Cirurgiã Dentista
CRO - RJ 43192