



434363
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2012	4-Data de Autorização 04/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210829	7-Data Validade da Senha 04/10/2013
8-Número da Carteira 00379994064907845			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MARCELLE ALMEIDA DE CAMARGO VI			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELLE ALMEIDA DE CAMARGO VI	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700806952024880					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA					
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 10397919727		22-Nome do Contratado Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		18-Número no CRO 43596	19-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		23-Número no CRO 43596		24-UF RJ	25-Código CNES
		27-Número no CRO 43596		28-UF RJ	29-Código CBO S
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa					

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			14/12/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			14/12/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			14/12/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			14/12/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/12/20	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 144,00	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 14/12/20	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/12/20	53-Data, Local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------