



351772
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2018	4-Data de Autorização 05/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181812	7-Data Validade da Senha 03/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00379994062435717		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 704602137595127
---	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome MARCIA GOMES DE MEIRELES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIA GOMES DE MEIRELES
-------------------------------------	----------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM	18-Número no CRO 34075	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10970822707	22-Nome do Contratado Executante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM	23-Número no CRO 34075	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM	27-Número no CRO 34075	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/08/2020		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	06/08/2020		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	06/08/2020		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	06/08/2020		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	06/08/2020		
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 da Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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 06/08/2020 - Carolina Nogueira Melhem	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 06/08/2020 - Carolina Nogueira Melhem	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 06/08/2020 - Marcia Gomes de Meireles	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------