



431322
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/12/20	4-Data de Autorização 01/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210009	7-Data Validade da Senha 01/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000029993175	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 706001381382847
13-Nome SANDRA MARA TEIXEIRA MONTEIRO 07/02/1964		14-Telefone (_) - -	15-Nome do titular do plano SANDRA MARA TEIXEIRA MONTEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	18-Número no CRO 17841	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 80188796720	22-Nome do Contratado Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY	23-Número no CRO 17841	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CRISTINA CELIA TOLOMEI CONDE FOLLY		27-Número no CRO 17841	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/		
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 34,00	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 _/_/__/__	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _/_/__/__	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _/_/__/__	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/__
--	--	--	--