



371030
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/09/20	4-Data de Autorização 09/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189677	7-Data Validade da Senha 07/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065502822	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 706406670143486
13-Nome THAYS FELIZARDA DE SOUZA SANTA 01/11/1997		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano THAYS FELIZARDA DE SOUZA SANTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCOS CARVALHO DA SILVA	18-Número no CRO 16315	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 81381425704	22-Nome do Contratado Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 16315	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA		27-Número no CRO 16315	28-UF RJ	29-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-Assinal
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00					
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	VO	1	13,00	0,00					
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00					
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00					
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00					
6-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00					
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 312,00	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 pre 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, e 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 08/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--