



347224
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/07/2019	4-Data de Autorização 29/07/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179638	7-Data Validade da Senha 26/10/2019
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706701533592419		
5-Número da Carteira 00370000016020696			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome JOAO CARLOS GOMES SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLARA CRISTINA DOS REIS SANTOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RNI 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	(I) 85100200

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	47,00	0,00			28/07/2019		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	32	MV	1	13,00	0,00			28/07/2019		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	31	DV	1	13,00	0,00			28/07/2019		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00			28/07/2019		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00			28/07/2019		
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00			28/07/2019		
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00			28/07/2019		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 425,00	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(ram) 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 04/08/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dr. Marcos Carvalho da S.
Cirurgião - Dentista
CRO 16315-9