



352776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/20	4-Data de Autorização 06/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182241	7-Data Validade da Senha 04/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00379994064214394	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde 709009824532410
-----------------------	--	---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome CAMILA FELIZOLA DA SILVA	14-Telefone (011) 91830-210694	15-Nome do titular do plano CAMILA FELIZOLA DA SILVA
-------------------------------------	-----------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA BORGES PINHEIRO	18-Número no CRO 32943	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 10208688722	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO	23-Número no CRO 32943	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85200085-37

26-Nome do Profissional Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO	27-Número no CRO 32943	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-Assinatura
1	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		S	06/08/2020		
2	0085200085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	37		1	50,00	0,00		S	06/08/2020		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/08/20	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 84,00	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 no 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 06/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/08/20
---	---	---	---

25.331.829/0001-06
DENTIMPLANTE ODONTOLOGIA
URGÊNCIA 24 HORAS

Méier - CEP 20720-013
Rio de Janeiro - RJ