



347853
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/20	4-Data de Autorização 29/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50179951	7-Data Validade da Senha 27/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		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 700301490885740	
8-Número da Carteira 00370000021458220		13-Nome SALIS SILVA DOS SANTOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SALIS SILVA DOS SANTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	18-Número no CRO 31345	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05476318712	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	23-Número no CRO 31345	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	27-Número no CRO 31345	28-UF RJ	29-Código CBO S Enviar - RX (IF) 85200166-21
--	---------------------------	-------------	--

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	02/09/20	X	
2	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21		1	258,00	0,00		S	02/09/20	X	
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 292,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 02/09/20 Monique Ferreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/09/20 Monique Ferreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/09/20
--	--	---	---

Monique G. M. Ferreira
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 31345