



416331  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/11/20 | 4-Data de Autorização<br>12/11/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50205225 | 7-Data Validade da Senha<br>09/02/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                          |                                |                                         |                                                              |                                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0037994066071302 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>898004864561593 |
| 13-Nome<br>MICAELLY PEREIRA DUTRA BASTOS |                                | 14-Telefone<br>( ) -                    | 15-Nome do titular do plano<br>MICAELLY PEREIRA DUTRA BASTOS |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                |                                                                 |                           |             |                                            |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MARCOS CARVALHO DA SILVA | 18-Número no CRO<br>16315 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>801 - Faturar Empresa   |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>81381425704             | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARCOS CARVALHO DA SILVA    | 23-Número no CRO<br>16315 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES<br>Enviar - RX (I) 85100200 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MARCOS CARVALHO DA SILVA |                                                                 | 27-Número no CRO<br>16315 | 28-UF<br>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-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 47,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/11/20              |                    | MPO           |
| 2-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 47              | V       | 1      | 90,00            | 0,00     |                                 | S      | 13/11/20              |                    | MPO           |
| 3-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 46              | V       | 1      | 90,00            | 0,00     |                                 | S      | 13/11/20              |                    | MPO           |
| 4-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 36              | V       | 1      | 90,00            | 0,00     |                                 | S      | 13/11/20              |                    | MPO           |
| 5-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 37              | VO      | 1      | 113,00           | 0,00     |                                 | S      | 13/11/20              |                    | MPO           |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>430,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 e referidos 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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>19/11/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>19/11/20 MPO | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|