



313250
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 0 5 / 2 0		4-Data de Autorização 1 4 / 0 5 / 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50163213		7-Data Validade da Senha 1 2 / 0 8 / 2 0	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 3 2 2 8 9 6 0				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 700802964708883	
13-Nome LARISSA LUZ DA CONCEICAO						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LARISSA LUZ DA CONCEICAO			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO BARBOSA GARCIA				18-Número no CRO 32479		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 5 5 3 9 7 4 7 0 1				22-Nome do Contratado Executante MARCELO BARBOSA GARCIA		23-Número no CRO 32479		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARCELO BARBOSA GARCIA						27-Número no CRO 32479		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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 0 0	0,00		S	/ /	
2-										/ /	
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 3 4 0 0		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/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 20/05/20 RJ						52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		