



**373874**  
**INTERCÂMBIO**

|                                 |                                              |                                          |                              |                                               |                                             |
|---------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br><b>406414</b> | 3-Data de Emissão da Guia<br><b>11/09/20</b> | 4-Data de Autorização<br><b>11/09/20</b> | 5-Senha<br><b>AUTORIZADO</b> | 6-Número da Guia Principal<br><b>50190816</b> | 7-Data Validade da Senha<br><b>10/12/20</b> |
|---------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                  |                                       |                                                |                                                                   |                                                                 |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br><b>00379994061919583</b> | 9-Plano<br><b>POS REDE PRESTADORA</b> | 10-Empresa<br><b>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A</b> | 11-Data Validade da Carteira<br><b>11/09/20</b>                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br><b>708007815852327</b> |
| 13-Nome<br><b>JOAO MARCIO INALDO DA SILVA</b>    |                                       | 14-Telefone<br><b>(11) 1111-1111</b>           | 15-Nome do titular do plano<br><b>JOAO MARCIO INALDO DA SILVA</b> |                                                                 |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                       |                                                                        |                                  |                    |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br><b>N</b>                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br><b>MARCOS CARVALHO DA SILVA</b> | 18-Número no CRO<br><b>16315</b> | 19-UF<br><b>RJ</b> | 20-Código CBO S<br><b>801 - Faturar Empresa</b> |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br><b>81381425704</b>             | 22-Nome do Contratado Executante<br><b>MARCOS CARVALHO DA SILVA</b>    | 23-Número no CRO<br><b>16315</b> | 24-UF<br><b>RJ</b> | 25-Código CNES                                  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br><b>MARCOS CARVALHO DA SILVA</b> |                                                                        | 27-Número no CRO<br><b>16315</b> | 28-UF<br><b>RJ</b> | 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-Assinal |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|------------|
| 1-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 47,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/09/20              |                    |            |
| 2-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 38,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/09/20              |                    |            |
| 3-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 38,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/09/20              |                    |            |
| 4-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 38,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/09/20              |                    |            |
| 5-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 38,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/09/20              |                    |            |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |            |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |            |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |            |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |            |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |            |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |            |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |            |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |            |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |            |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |            |

|                                                           |                                                                                                                   |                                                    |                                         |                                   |                                         |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br><b>11/09/20</b> | 44-Tipo de Atendimento<br><b>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência</b> | 45-Tipo de Faturamento<br><b>1-Total 2-Parcial</b> | 46-Total Quantidade US<br><b>199,00</b> | 47-Valor Total R\$<br><b>0,00</b> | 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 pre contrato. Declaro, ainda que p(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, c 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><b>11/09/20</b> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br><b>11/09/20</b> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br><b>11/09/20</b> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br><b>11/09/20</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|