



425880
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 2 4 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208035	7-Data Validade da Senha 2 2 / 0 2 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

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 702606744804346
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 3 3 6 3 6 7 1		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANA SUZANA DA COSTA NINCK DA S	
13-Nome ANA SUZANA DA COSTA NINCK DA S		03/07/1950			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 16315	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 1 3 8 1 4 2 5 7 0 4	22-Nome do Contratado Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 16315	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA	27-Número no CRO 16315	28-UF RJ	29-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCOS CARVALHO DA SILVA													

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento											
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	4 7 0 0	0 0 0 0		S	29/11/20		
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 8 0 0	0 0 0 0		S	29/11/20		
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 8 0 0	0 0 0 0		S	29/11/20		
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 8 0 0	0 0 0 0		S	29/11/20		
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 8 0 0	0 0 0 0		S	29/11/20		
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 1 9 9 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 29/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--