



360375
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/01/08/12/01		4-Data de Autorização 11/11/11		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 360375		7-Data Validade da Senha 18/11/12/01		360375 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705008664392957			
8-Número da Carteira 00379994063002946				14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano ELIETE RIBEIRO MENDES							
13-Nome ELIETE RIBEIRO MENDES				28/07/1974									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				18-Número no CRO 32479		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO BARBOSA GARCIA		23-Número no CRO 32479		24-UF RJ		25-Código CNES		Enviar - RX (IF) 85200166-34			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 025153974701		22-Nome do Contratado Executante MARCELO BARBOSA GARCIA		28-UF RJ		29-Código CBO S		(I) 81000421-RPIE (I) 81000421-					
26-Nome do Profissional Executante MARCELO BARBOSA GARCIA				27-Número no CRO 32479									

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	HASD	1	3	4	0	0	0	0	0	N	20/08/20					
2-	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3	6	0	0	0	0	0	N	20/08/20					
3-	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3	6	0	0	0	0	0	N	20/08/20					
4-	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3	6	0	0	0	0	0	N	20/08/20					
5-	0	0	8	5	3	0	0	0	4	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	34	1	2	5	8	0	0	0	0	0	N	20/08/20				
6-	0	0	8	5	2	0	0	1	6	6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	RPIE	1	1	4	0	0	0	0	0	N	20/08/20					
7-	0	0	8	1	0	0	0	4	2	1	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	4	0	0	0	0	0	N	20/08/20					
8-	0	0	8	1	0	0	0	4	2	1	RX PERIAPICAL																
9-																											
10-																											
11-																											
12-																											
13-																											
14-																											
15-																											

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

4

43-Data Previsão Término do Tratamento ____/____/____	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial		
--	---	---	---	---

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		
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		
53-Data, local e Carimbo da Empresa		