



363327
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/05/2018 4-Data de Autorização 12/05/2018 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50186483 7-Data Validade da Senha 12/03/2019

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 000370000008077161 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/03/2019 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70670256148711

13-Nome JORGE FERNANDO ROSA DE MATOS 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano JORGE FERNANDO ROSA DE MATOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN LAIS MIRANDA DO REGO BARROS 17-Nome do Profissional Solicitante LAIS MIRANDA DO REGO BARROS 18-Número no CRO 40500 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1839882534 22-Nome do Contratado Executante LAIS MIRANDA DO REGO BARROS 23-Número no CRO 40500 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 26-Nome do Profissional Executante LAIS MIRANDA DO REGO BARROS 27-Número no CRO 40500 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clf	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	008510218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMP	1	122,00	0,00			21/08/2018		
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 1122,00 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 12/08/2018 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2018 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2018 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/2018

Dra. Laís Miranda
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 40500