



2351017
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2015	4-Data de Autorização 17/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14006716	7-Data Validade da Senha 15/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

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

13-Nome JOAO PEDRO CABRAL DOS SANTOS	14-Telefone (21) 7642-8931	15-Nome do titular do plano JOAO PEDRO CABRAL DOS SANTOS
---	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VITORIA FRANCA DOS SANTOS GONCALVES	18-Número no CRO 56589	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43888091000156	22-Nome do Contratado Executante MORAIS & SUGAHARA ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 56589	24-UF RJ	25-Código CNES 4922350
26-Nome do Profissional Executante VITORIA FRANCA DOS SANTOS GONCALVES		27-Número no CRO 56589	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			17/10/2015
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 34,00	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 17/10/2015 Vitoria Franca dos S. Goncalves	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2015 Vitoria Franca dos S. Goncalves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2015 JOAO P.C. DOS SANTOS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/10/2015
---	---	--	---

