



260504
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/19	4-Data de Autorização 12/12/19	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50138852	7-Data Validade da Senha 10/03/20
8-Número da Carteira 00379994061281198		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
13-Nome ISADORA FERREIRA VITORINO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JORGE ELIAS CABRAL	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO BARBOSA GARCIA		18-Número no CRO 32479	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02553974701		22-Nome do Contratado Executante MARCELO BARBOSA GARCIA		23-Número no CRO 32479	24-UF RJ
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante MARCELO BARBOSA GARCIA		27-Número no CRO 32479	28-UF RJ
29-Código CBO S		29-Código CBO S		30-Código CBO S	

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	10/05/20		
2	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	17		1	533,00	0,00		S	10/03/20		
3	00810000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	10/03/20		
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 581,00	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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/20 em	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/20 em	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Isadora F. Vitorino
53-Data, local e Carimbo da Empresa		