



373860
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2019	4-Data de Autorização 11/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190804	7-Data Validade da Senha 10/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065526357	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708002833279620
13-Nome LUZINETE DA SILVA JULIO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SEBASTIAO JULIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA	18-Número no CRO 39704	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12816546713	22-Nome do Contratado Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA	23-Número no CRO 39704	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		27-Número no CRO 39704	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
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/09/2019		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/09/2019		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/09/2019		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/09/2019		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/09/2019	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 Contratado Responsável 14/09/2019 Antonio Manuel Garcia da Rosa Cirurgião Dentista CRO/RJ-CD-39704	51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 14/09/2019 Antonio Manuel Garcia da Rosa Cirurgião Dentista CRO/RJ-CD-39704	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--