



313249
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/05/20	4-Data de Autorização 14/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50163211	7-Data Validade da Senha 12/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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
--------------------------------------	----------------------	---

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 Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante MARCELO BARBOSA GARCIA		27-Número no CRO 32479		28-UF RJ	29-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	/ /		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	/ /		
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 48,00	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 21/05/20 Marcelo Barbosa Garcia CRO-RJ 32479	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------