



434716
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/20	4-Data de Autorização 04/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210925	7-Data Validade da Senha 04/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000017300005	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 700601401530965
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome CRISTIANE QUEIROZ ANDRIOLI	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CRISTIANE QUEIROZ ANDRIOLI
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	18-Número no CRO 46320	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07514463780	22-Nome do Contratado Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23-Número no CRO 46320	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218

26-Nome do Profissional Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	27-Número no CRO 46320	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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MOP	1	143,00	0,00		S	04/12/20		COA
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/12/20	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 143,00	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 04/12/20 Dra. Lilian Policante CRO RJ 46320	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/12/20 COA Cristiane Queiroz Andrioli	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20 VIDENTE ODONTOLOGIA HUMANIZADA EIRELI EPAO 6099 CNPJ: 35.554.938/0001-38
--	--	---