



367555
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188328	7-Data Validade da Senha 30/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000016414627	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 702502351785637
13-Nome ANA BEATRIZ RIBEIRO TEIXEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA BEATRIZ RIBEIRO TEIXEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA ANDRADE DE SOUZA	18-Número no CRO 43192	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15375816784	22-Nome do Contratado Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA	23-Número no CRO 43192	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		27-Número no CRO 43192	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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	/ /		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	/ /		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	/ /		
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 262,00	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 os(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 09/09/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/09/2020
---	---	---	---

Drª Mayara Andrade de Souza
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 43192