



368040
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 50188582	7-Data Validade da Senha 30/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994059855026	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 700103997115315	
13-Nome MARIA PAULA SOUZA SOARES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA PAULA SOUZA SOARES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		18-Número no CRO 43596	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10397919727	22-Nome do Contratado Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		23-Número no CRO 43596	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		27-Número no CRO 43596	28-UF RJ	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

801 -
Faturar Empresa

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 ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/09/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/09/20	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter lido o documento, estou ciente sobre os procedimentos, 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), 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/09/20 Dr.ª Juliana A. V. H. Lima Cirurgiã Dentista CRO 43596	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/09/20 Dr.ª Juliana A. V. H. Lima Cirurgiã Dentista CRO 43596	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/20 X Maria Paula Souza Soares	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/09/20 Clínica Odontológica Enia Lima
--	--	---	--