



419318
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 16/11/20		4-Data de Autorização 16/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50206235		7-Data Validade da Senha 14/02/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00370000017914100				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 709203261123334			
13-Nome FABIO ANTONIO ALMEIDA SERRA						14-Telefone 13/06/1970		15-Nome do titular do plano FABIO ANTONIO ALMEIDA SERRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA				18-Número no CRO 31345		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05476318712				22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA		23-Número no CRO 31345		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA						27-Número no CRO 31345		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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/11/20			
2													
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 34,00		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 16/11/20 Monique Ferreira			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20 Monique Ferreira			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20 Fabio Almeida			53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/20 Monique G. M. Ferreira Cirurgião Dentista / Endodontista CRO-RJ 31345				