



329604
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/2020	4-Data de Autorização 24/06/2020	5-Senha ABERTO	6-Número da Guia Principal 329604	7-Data Validade da Senha 22/09/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994058925837	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 700502159210552
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome AMANDA RODRIGUES DE LIMA	14-Telefone (21) 91402-28734	15-Nome do titular do plano AMANDA RODRIGUES DE LIMA
-------------------------------------	---------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA BORGES PINHEIRO	18-Número no CRO 32943	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10208688722	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO	23-Número no CRO 32943	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85200085-25
--	---	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO	27-Número no CRO 32943	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-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		N	24/06/2020		
2-	0085200085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	25		1	50,00	0,00		N	24/06/2020		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/06/2020	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 84,00	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 no 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

Desde de Curitiba - Curitiba em 25/06/2020
DENTIMPLANTES E ODONTOLOGIA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/06/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/2020 Roberta B. Pinheiro Cirurgiã-Dentista CRO: 32943	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/2020 Amanda Rodrigues de Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/06/2020
---	--	---	---