



365029
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2018	4-Data de Autorização 27/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187198	7-Data Validade da Senha 25/11/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00375722014161007	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 708402243230964	
13-Nome THAYANI FREITAS VIANA		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano THAYANI FREITAS VIANA		
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 (IF) 85200158-17	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA		27-Número no CRO 31345	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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	27/10/2018		K R
2-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	17		1	533,00	0,00		S	27/10/2018		K R
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 567,00	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 27/10/2018 Monique Ferreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/2018 Monique Ferreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2018 Thayani Viana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/2018 Dr. Monique G. M. Ferreira Cirurgia Dentista CRO-RJ 31345
--	--	---	--