



376368
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 6 / 0 9 / 2 0	4-Data de Autorização 1 7 / 0 9 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191767	7-Data Validade da Senha 1 5 / 1 2 / 2 0
---------------------------------	---	---	------------------------------	---	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 2 3 3 2 9 0 5 2	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 700006689115504
--	---------------------------------------	--	--	---

13-Nome YASMIN BRAGA LINS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VANESSA DOS SANTOS BRAGA
-------------------------------------	-----------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCOS CARVALHO DA SILVA	18-Número no CRO 16315	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 1 3 8 1 4 2 5 7 0 4	22-Nome do Contratado Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 16315	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA	27-Número no CRO 16315	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-Assinal
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	4 7,0 0	0,0 0		S	14/09/20		X
2-	0 0 8 5 1 0 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VO	1	1 1 3,0 0	0,0 0		S	20/09/20		X
3-	0 0 8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	9 0,0 0	0,0 0		S	29/09/20		X
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 8,0 0	0,0 0		S	29/09/20		X
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 8,0 0	0,0 0		S	29/09/20		X
6-	0 0 8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 8,0 0	0,0 0		S	29/09/20		X
7-	0 0 8 5 3 0 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 8,0 0	0,0 0		S	29/09/20		X
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 4 0 2,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	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 pre 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, c 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 29/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	---