



37866
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2017	4-Data de Autorização / / / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 337866	7-Data Validade da Senha 09/11/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 003700002956816		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 898002284862146
13-Nome ANA MARIA ANACLETO		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA MARIA ANACLETO		
04/11/1976					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	18-Número na CRO 30438	19-UJ RJ	20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09224371736	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	23-Número na CRO 30438	24-UJ RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	27-Número na CRO 30438	28-UJ 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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		34,00	0,00		N	11/10/2017		* Ana
2-	0085200034	TRATAMENTO EM	37	1		8,00	0,00		N	11/10/2017		* Ana
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 do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total RS 0,00	48-Total Franquia / Co-participação RS / / / / /
---	--	---	---------------------------------	---------------------------	---

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(ram) 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 Odontalgia - pulpometria + medicação + encaminhamento ao endodontista	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2017
--	---	---	---	---