



321435
INTERCAMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2012	4-Data de Autuação 11/11/11	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 321435	7-Data Validade da Sentença 04/09/12
8-Endereço do Beneficiário 00370000029630722	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço da Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702806178901767	
13-Nome MARCIO LUIZ MELLO SOARES DA SI	14-Teléfono ()	15-Nome do Titular do Plano MARCIO LUIZ MELLO SOARES DA SI			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Endereço e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	18-Número na CRO 30438	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	
21-Código na Carteira / CNPJ / CPF 091224371736	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	23-Número na CRO 30438	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	27-Número na CRO 30438	28-UF RJ	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US
1-008100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00
2-0085400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO			1	8,00
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia - Coparticipação R\$
			42,00	0,00	

49-Observação

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) acima, e por mim assinalado(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 assinar este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente: *Marcio Soares da Silva*

Assinatura do Profissional Solicitante: *Daniel Roldi Vieira Pinheiro*

Assinatura do Profissional Executante: *Daniel Roldi Vieira Pinheiro*

Assinatura da Empresa: *Unimed Saúde e Odontologia S/A*