



336073
 INTERCAMBIO

1- Registro ABO: 400414
 3- Data de Emissão do Guia: 10/07/2020
 4- Data de Anulação: 10/07/2020
 5- Nome do Médico Principal: AUTORIZADO
 6- Número do Guia Principal: 50175162
 7- Data Validade do Guia: 10/07/2020

8- Número da Carteira: 000370000022859700
 9- Nome do Profissional: POS-REDE PRESTADORA
 10- Empresa: UNIMED SAÚDE E ODONTO S/A
 11- Data de Emissão do Contrato: / /
 12- Número do Contrato/Plano de Saúde: 7044035043843

13- Nome: ALINE ALVES DOS SANTOS
 14- Data de Nascimento: 08/05/1988
 15- Nome do Titular do Plano: ALINE ALVES DOS SANTOS

16- Assessoria de RM: N
 17- Nome do Profissional Responsável: CAROLINA NOGUEIRA MELHEM
 18- Número de CRM: 34075
 19- Data de Emissão do CRM: 18/11
 20- Categoria CRM: 601 - Faturar Empresa
 21- Código na Opção de CRM/CPF: 100970822707
 22- Nome do Contratado Responsável: CAROLINA NOGUEIRA MELHEM
 23- Número no CRM: 34075
 24- Data de Emissão do CRM: 18/11
 25- Categoria CRM: 601 - Enviar - RX (0) 0510000

26- Nome do Profissional Responsável: CAROLINA NOGUEIRA MELHEM

| 30- Tabela | 31- Código de Procedimento | 32- Descrição | 33- Quantidade | 34- Preço | 35- Unit | 36- Quantidade | 37- Valor | 38- Franquia (Cota-participação) R\$ | 39- Aut | 40- Data de Realização | 41- Motivo de Recusa | 42- Assinatura |
|------------|----------------------------|--------------------|----------------|-----------|----------|----------------|-----------|--------------------------------------|---------|------------------------|----------------------|----------------|
| 1 | 0085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 38 | 0 | 1 | 61,00 | 0,00 | S | | 09/07/2020 | | [Assinatura] |
| 2 | 0085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 48 | 0 | 1 | 61,00 | 0,00 | S | | 09/07/2020 | | [Assinatura] |
| 3 | 0085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 16 | 0 | 1 | 61,00 | 0,00 | S | | 09/07/2020 | | [Assinatura] |
| 4 | 0085100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | 26 | OP | 1 | 88,00 | 0,00 | S | | 09/07/2020 | | [Assinatura] |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | |

43- Data Prevista Término do Tratamento: / /
 44- Tipo de Atendimento: 1-Exame Diagnóstico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência
 45- Tipo de Tratamento: 1-Total 2-Parcial
 46- Total Quantidade Unit: 27100
 47- Valor Total R\$: 0,00
 48- Total Franquia (Cota-participação) R\$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, preços, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) profissional(is) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), estiver(em) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos contidos previsto em contrato.

49- Observações:

50- Data, Assinatura e Assessoria de CRM/CPF: [Assinatura] CRM-34075
 51- Data, Assinatura e Assessoria de CRM/CPF: [Assinatura] CRM-34075
 52- Data, Assinatura e Assessoria de CRM/CPF: [Assinatura] CRM-34075
 53- Data, Assinatura e Assessoria de CRM/CPF: [Assinatura] CRM-34075