



331150
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 16/12/10 4-Data de Autorização 11/1/11 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 331150 7-Data Validação da Sentença 12/7/10 19/12/10

8-Número da Carteira 100370000022324316 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706506328277392

13-Nome FERNANDO DINIZ DE MENEZES 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano LILIANE GUIMARAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 18-Número no CRO 30438 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09224371736 22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 23-Número no CRO 30438 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exatante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 27-Número no CRO 30438 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0810001057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34	1010		N	29/06/20		
2-0	0854000467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	21		1	18	1010		N	29/06/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
1-Totál 2-Parcial												
46-Totál Quantitativo US												
47-Valor Totál R\$												
48-Totál 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(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 DESCUMPRIMENTO DE PAGO PROTEÇÃO -> RECUPERAÇÃO 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/06/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/06/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 29/06/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/06/2010