



305423
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2014	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 305423	7-Data Validade da Sentença 10/06/10
--------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

8-Número da Carteira 000370000008087337	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709009891697612
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome LUCIANA VIANA DA GRACA	14-Telefone 16021974	15-Nome do titular do plano LUCIANA VIANA DA GRACA
-----------------------------------	-------------------------	---

16-Atendimento a RN N	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 091224371736	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	23-Número no CRO 30438	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	27-Número no CRO 30438	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Debitar/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Ce-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	34	00	0,00		N	04/11/2014		
2-00	085200034	TRATAMENTO EM	46	1	810	00	0,00		N	04/11/2014		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 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-Operação
Realizar no 46 -> Realizar via + Orientação

[Assinatura]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 07/11/04/11/2014 Dr. Daniel Pinheiro CRO RJ 30438	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 07/11/04/11/2014 Luciana Viana da Graca	53-Data, local e Campo da Empresa 07/11/04/11/2014
---	---	---	---