



2-Nº



425133
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 1 1 1 2 0	4-Data de Autorização 2 3 1 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207804	7-Data Validade da Senha 2 1 0 2 1 2 1
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 00379994065233007		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 704201586331790
13-Nome MARDONIZA PEREIRA DA SILVA 19/03/1991		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARDONIZA PEREIRA DA SILVA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome da Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA	18-Número no CRO 19769	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782	22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA	23-Número no CRO 19769	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA	27-Número no CRO 19769	28-UF RJ	29-Código CBO S		

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 2 2 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total 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/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 assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/11/11 / /	25/11/11 / /	/ /

Gilman Frieler