



339399
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 16/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176554	7-Data Validade da Senha 13/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa 01 ADMINISTRACAO		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707800614056416
8-Número da Carteira 0037000026467596	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ISABOR DA COSTA SANT ANNA	
13-Nome ISABOR DA COSTA SANT ANNA		30/11/1989			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 19769		19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA	23-Número no CRO 19769		24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782		22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA		26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA		
		27-Número no CRO 19769		28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			16/07/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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.

49-Observação	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/2012 Lilian Freiha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Isabor Costa Sant Anna