



305156  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ABO<br>408414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/04/2012 | 4-Data de Autorização<br>03/04/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50160716 | 7-Data Validade da Senha<br>02/07/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

|                                           |                                |                                      |                                     |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00370000013841222 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED RIO COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700504721946651 |
|-------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                       |                      |                                               |                                                              |
|---------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>LARISSA LIZ TORRES DE MELO | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Data de validade da Carteira<br>27/02/2012 | 16-Nome do titular do plano<br>DEBORA LIZ MORAES TORRES MELO |
|---------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                          |                                                                                        |                           |             |                       |                       |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------|
| 18-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA | 18-Número no CRO<br>19769 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>09 | 801 - Faturar Empresa |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------|

|                                                    |                                                   |                           |             |                |                                               |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>01250478782 | 22-Nome do Contratado Executante<br>LILIAN FREIHA | 23-Número no CRO<br>19769 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES | Enviar - RX<br>(I) 81000405 (II) 81000375-RME |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|-----------------------------------------------|

|                                                     |                           |             |                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|----------------------------------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LILIAN FREIHA | 27-Número no CRO<br>19769 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO S | (I) 81000421-RPSE<br>(II) 81000375-RMD |
|-----------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|----------------------------------------|

| 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 de Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA   |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 |        | 06/04/2012            |                    |               |
| 2-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL            | RPSE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 06/04/2012            |                    |               |
| 3-        | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 06/04/2012            |                    |               |
| 4-        | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 06/04/2012            |                    |               |
| 5-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>120,00 | 47-Valor Total R\$<br>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: *O paciente não conseguiu ficar quieto p/ fazer a Bite Wues direita.*

|                                                                      |                                                                 |                                                                         |                                            |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>06/04/2012 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>06/04/2012 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

*Infância Bor de Melo*