



2419098  
INTERCÂMBIO

|                                                              |                                                                                           |                                     |                                          |                                                       |                                           |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Registro ANB<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/10/2015                                                   | 4-Data de Autorização<br>11/10/2015 | 5-Sentença<br>AUTORIZADO                 | 6-Número da Guia Principal<br>2419098                 | 7-Data Validade da Sentença<br>10/10/2015 |
| Dados do Beneficiário                                        |                                                                                           |                                     |                                          |                                                       |                                           |
| 8-Número da Carteira<br>09720267933010110                    | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                            | 10-Empresa<br>UNIMED DO ESTADO RJ   | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                 |                                           |
| 13-Nome<br>DAIANE DE JESUS DOS SANTOS                        |                                                                                           | 14-Telefone<br>15/11/1987           | 15-Data de Nascimento<br>(21) 97552 5258 | 16-Nome do titular do plano<br>NEVITON DA HORA SANTOS |                                           |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                                                           |                                     |                                          |                                                       |                                           |
| 17-Identificação a RN<br>N                                   | 18-Nome do Profissional Solicitante<br>RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA Dr. Ellen Oliveira | 19-Número na CRO<br>5824            | 20-UF<br>RJ                              | 21-Código CBO 8<br>09                                 | 22-Enviar - RX<br>(1) 51000405            |
| 23-Código na Operadora / CNPJ / CNP<br>04224639000101        | 24-Nome do Contratado Existente<br>RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA                        | 25-Número na CRO<br>5824            | 26-UF<br>RJ                              | 27-Código CBO 8<br>3466590                            | 28-Enviar - RX<br>(1) 51000405            |
| 29-Nome do Profissional Executante<br>RUBENS RAYMUNDO JUNIOR |                                                                                           | 30-Número na CRO<br>5824            | 31-UF<br>RJ                              | 32-Código CBO 8                                       |                                           |

| 33-Tabela | 34-Código do Procedimento | 35-Descrição           | 36-Característica | 37-Face | 38-Qtd | 39-Quantidade US | 40-Valor | 41-Franquia/Co-participação R\$ | 42-Aut | 43-Data de Realização | 44-Motivo da Cota | 45-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-------------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-00      | 81000405                  | RADIOGRAFIA PANORÂMICA | AMS               |         | 1      | 78,00            | 31,20    |                                 | S      | 12/08/2015            | 2025x             |               |
| 2-00      | 81000421                  | RX PERIAPICAL          | RIS               |         | 1      | 14,00            | 5,60     |                                 | S      | 12/08/2015            | 4025x             |               |
| 3-        |                           |                        |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 4-        |                           |                        |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 5-        |                           |                        |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6-        |                           |                        |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7-        |                           |                        |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8-        |                           |                        |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9-        |                           |                        |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10-       |                           |                        |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11-       |                           |                        |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12-       |                           |                        |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13-       |                           |                        |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14-       |                           |                        |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15-       |                           |                        |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

|                                               |                                                                                                                |                                              |                                  |                             |                                         |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 46-Data Prevista Término do Tratamento<br>/ / | 47-Data de Atendimentos<br>1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência | 48-Tipo de Tratamento<br>1- Total 2- Parcial | 49-Total Quantidade US<br>192,00 | 50-Valor Total R\$<br>36,80 | 51-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), 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

|                                                                                                |                                                                                                   |                                                                                             |                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /<br>RUBENS RAYMUNDO JUNIOR | 53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>12/08/2015<br>Dr. Ellen Oliveira | 54-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável<br>12/08/2015<br>Dr. Ellen Oliveira | 55-Data, local e Assinatura da Empresa<br>12/08/2015<br>RORRJ - RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA - EP |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|