



394456
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2010	4-Data de Autorização 13/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198485	7-Data Validade da Senha 11/01/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994065649785	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 704700712713736	
13-Nome MARCELO ALMEIDA BERNARDINO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO ALMEIDA BERNARDINO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA		18-Número no CRO 19769	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782			22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA	23-Número no CRO 19769	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA			26-Número no CRO 19769	27-UF RJ	28-Código CBO S
801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RME					

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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00			13/11/2010		
2	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			13/11/2010		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			13/11/2010		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			13/11/2010		
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			13/11/2010		
6	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			13/11/2010		
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 356,00	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 13/11/2010 Lilian Freiha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2010 Marcelo Almeida Bernardino	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--