



379956
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/09	4-Data de Autorização 12/11/09	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7889621	7-Data Validade da Senha 12/11/12
8-Número da Carteira 1002025307523000001001					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome MARA SARNO DOS SANTOS 12/07/1958			
14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano MARA SARNO DOS SANTOS			
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		025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1011250478171821		22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA		23-Número no CRO 19769	
24-UF RJ		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RME (I) 81000421- (I) 81000375-RPD	
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA		27-Número no CRO 19769		28-UF RJ	
29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	14
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	14
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	14
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	14
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	14
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Franquia/Co-participação R\$	37-Aut	38-Data de Realização	39-Motivo da Glosa	40-Assinatura	
41-Valor	42-Quantidade US	43-Valor Total R\$	44-Valor Total R\$	45-Valor Total R\$	
46-Data Previsão Término do Tratamento	47-Tipo de Atendimento	48-Tipo de Faturamento	49-Total Quantidade US	50-Valor Total R\$	51-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodôncia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	7000	0000	
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 12/11/09/2011 Lilian Freiha		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/09/2011 Mara Sarno dos Santos		52-Data, local e Carimbo da Empresa	