



371099
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 05/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7852761	7-Data Validade da Senha 07/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025316100000000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIOLA OLIVEIRA SANTANA		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FABIOLA OLIVEIRA SANTANA		
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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011250478782	22-Nome do Contratado Responsável LILIAN FREIHA	23-Número no CRO 19769	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPD
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA	27-Número no CRO 19769	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000375-RME (I) 81000375-RPE	

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
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			05/11/2012		
2-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			05/11/2012		
3-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00			05/11/2012		
4-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			05/11/2012		
5-0	0181000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			05/11/2012		
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-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	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 05/11/2012 Lilian Freiha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2012 Fabiola O. Santana	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--