

50464



371171
INTERCÂMBIO

1-Registro SPS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2019	4-Data de Autorização 09/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189731	7-Data Validade da Senha 07/11/2020
Dados do Beneficiário			Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		
8-Número da Carteira 00031700000016650720		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIME SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708000869427229
13-Nome RODRIGO FERREIRA DE OLIVEIRA			14-Telefone 05/11/1979	15-Nome do titular do plano RODRIGO FERREIRA DE OLIVEIRA	
16-Alteramento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA	18-Número no CRO 19769	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011250478782			22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA	23-Número no CRO 19769	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA			27-Número no CRO 19769	28-UF RJ	29-Código CBO S 09
30-Faturamento Empresa Enviar - RX			31-Código CNES (I) 81000405 (II) 81000375-RPD (I) 81000375-RMD (II) 81000375-RPE		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00081000294		LEVANTAMENTO			1
2-00081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1
3-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1
4-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1
5-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1
6-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1
7-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1
8-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1
9-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1
10-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1
11-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1
12-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1
13-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1
14-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1
15-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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(ram) 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					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					