



422434
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/2012	4-Data de Autorização 19/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207234	7-Data Validade da Senha 16/02/21
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 00379994061382016		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa UNIMED RIO COOPERATIVA		
11-Data Validade da Certeira / /			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898000298214352		
13-Nome MICHELLE ROTH COIMBRA			14-Telefone () -		
15-Data de Nascimento 13/11/1974			15-Nome do titular do plano FERNANDO MARQUES COIMBRA		
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		801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782		22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA		23-Número no CRO 19769	
24-UF RJ		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000405	
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA		27-Número no CRO 19769		28-UF RJ	
29-Código CBO S					

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	22200	0,00			27/11/2012		
2	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7800	0,00			27/11/2012		
3												
4												
5												
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 30000	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 27/11/2012 Lilian Freiha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/2012 Michelle Roth Coimbra	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--