



379972
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/09/12/01	4-Data de Autorização 12/11/09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193163	7-Data Validade da Senha 12/01/11/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00379994063309308	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 700002178817909
-----------------------	--	---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome RODRIGO MARQUES TEOBALDO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RODRIGO MARQUES TEOBALDO
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESO LTDA	18-Número no CRO 19769	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
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	
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	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	222,00	0,00		S	29/09/12		
2-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	29/09/12		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 300,00	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 29/09/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--