



368843
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/12/09		4-Data de Autorização 10/12/09		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50188888		7-Data Validade da Senha 10/12/12					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 100379994062801659						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa JORGE MANUEL FLORA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709208257879637															
13-Nome ANDREA GOMES DE CARVALHO ANDRA						14-Telefone 16/03/1978		15-Nome do titular do plano JORGE MANUEL FLORA ANDRADE							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Alimentação 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					
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-Tabeta	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	0	8	1	0	0	2	9	4							
LEVANTAMENTO															
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento 2-1		45-Tratamento Odontológico: 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		46-Tipo de Faturamento 1-1 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 22200		47-Valor Total R\$ 0000		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 11/11/09				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/09				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/09				53-Data, local e Carimbo da Empresa			

Lilian Freiha

Andrea Gomes de Carvalho