



359933
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2010	4-Data de Autorização 11/08/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50185237	7-Data Validade da Senha 11/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GOLDEN SERVICE MAT	11-Data Vencimento da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700204418738625
13-Nome SERGIO PINTO VINAGRE		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SERGIO PINTO VINAGRE		

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 de 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		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clas	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	008100294	LEVANTAMENTO			1	22200	0,00			10/03/09		
2-												
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 22200	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(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 10/03/09	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/09	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/09	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Lilian Freire

777