



330514
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 6 / 0 6 / 2 0	4-Data de Autorização 2 6 / 0 6 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172786	7-Data Validade da Senha 2 4 / 0 9 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 3 7 5 8 6 0 0 7 1 1 0 3 0 0 1	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 702803680002363
13-Nome VERA LUCIA CORREIA DE BRITO			14-Telefone 26/04/1974	15-Nome do titular do plano VERA LUCIA CORREIA DE BRITO		

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 0 1 2 5 0 4 7 8 7 8 2		22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA		23-Número no CRO 19769	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 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-	0 0 8 1 0 0 2 9 4	LEVANTAMENTO			1	2 2 2 0 0	0 0 0 0			14/07/2011		US
2-	0 0 8 1 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 0 0	0 0 0 0			14/07/2011		US
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 3 0 0 0 0	47-Valor Total R\$ _ 0 0 0 0	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 14/07/2011 Lilian Freiha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/07/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa _ / _ / _
--	---	---	--

x Vera Lucia Correia de Brito