



352672
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/10 18/12/10	4-Data de Autorização 10/06/10 18/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182207	7-Data Validade da Senha 10/04/11 11/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01031710101010233911816	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004611913297
13-Nome CAROLINE GARCEZ PALHA DE MELO		14-Telefone 06/05/1986	15-Nome do titular do plano JOSE NICACIO DE MELO	

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 CRD 19769	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0112151041718171812	22-Nome do Contratado Esculante LILIAN FREIHA	23-Número no CRD 19769	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Esculante LILIAN FREIHA	27-Número no CRD 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
1-01018110101012914		LEVANTAMENTO			1	212121010	01010		S	10/04/11	09.29.2011	cul
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1212121010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111
--	--	---	--------------------------------------	------------------------------	---

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), 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 10/04/11 09/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Lilian Freiha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/04/11 09/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

x Caroline Garcez Palha de Melo