



296003
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/03/20	4-Data de Autorização 05/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50156000	7-Data Validade da Senha 02/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994064038910		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
---	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ROSEMEIRE LOPES GLDINO	14-Telefone 24/06/1981	15-Nome do titular do plano MARIA BEATRIZ MENDES COELHO
-----------------------------------	---------------------------	--

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 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-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			17/03/20		
2												
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 222,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Rosemeire L. Galvão