



2218770
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/02/2015	4-Data de Autorização 10/03/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13563053	7-Data Validade da Senha 21/05/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 09720258970012059		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED RIO EMPREENDIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TANIA REGINA ROMUALDO DA ROSA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TANIA REGINA ROMUALDO DA ROSA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTORAD DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO POR IMAGEM		18-Número no CRO 16071	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03800749000101		22-Nome do Contratado Executante ODONTORAD DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO POR	23-Número no CRO 16071	24-UF RJ	25-Código CNES 5159725
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO MORETZ SOHN MEIRELLES			27-Número no CRO 16071	28-UF RJ	29-Código CBO S 09

025 -
Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (21) 24232618, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Avenida Nelson Cardoso, 1149, SALAS 701

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		S	10/03/2015		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/03/2015	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(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
Favor anexar o rx após a realização no prontuário do beneficiário conforme as regras da operadora.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2015	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/03/2015
---	---	---	--

X Tânia R. R. da Rosa.

48009

Consultório Dentário

PACIENTE:

Tania Regina Romualdo Da Rosa

SOLICITO OS SEGUINTE EXAMES:

- 1) EXAME RADIOGRÁFICO PERIAPICAL COMPLETO,
MOTIVO: AVALIAÇÃO CLÍNICA E PERIODONTAL DO PACIENTE ACIMA CITADO.
- 2) BITE WING DIREITA E ESQUERDA DA REGIÃO DE PRÉS-MOLARES E MOLARES,
MOTIVO: PESQUISA DE CÁRIE PROXIMAL E INFILTRAÇÕES.
- 3) RADIOGRAFIA PANORÂMICA
MOTIVO: AVALIAÇÃO PRÉ CIRURGICA DA REGIÃO maxilar

✓ SOLICITO EXAME Sim LAUDO .

✓ SOLICITO DISPONIBILIZAR O EXAME NO APLICATIVO IDOC.

SUGESTÕES DE CLÍNICAS:

- () ODONTO X FREGUESIA: 2424.4956 * EST. DOS TRÊS RIOS,90 SALA239/240 (AMIL, GOLDEN, SULAMERICA)
- () ODONTO X BARRA: 3139.9951 * AV. DAS AMÉRICAS, 500 BL.16 SALA 211 (AMIL, GOLDEN, SULAMERICA)
- () ODONTO X MADUREIRA: 2450.9650 * RUA CAROLINA MACHADO, 530 SALA 202 (AMIL, GOLDEN, SULAMERICA)
- () MÚLTIFACE FREGUESIA: 2425-5059/980197278 * ESTRADA DE JACAREPAGUÁ 7880 BL2 SALA202 (AMIL, UNIMED, SULAMERICA)
- () ODONTORAD TAQUARA:3592.0314 / 98762.1580 * AV NELSON CARDOSO, 1149 SALA 701/702 (AMIL, GOLDEN, SULAMERICA)
- () ODONTO VISION: 24352707 * EST TINDIBA2381 SALA 208 (UNIMED, ODONTOLIFE, AMIL,SULAMERICA)

Dra. Mabel Cunha
CRO-RJ:31121

Centro Comercial Unicenter II

Av. Nelson Cardoso 905 . Sala: 203 . Taquara

Tels. 2423.1704 . 96451-3745 E-mail: mabel_cunha@hotmail.com