



312762  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/10/2012                                                |                 | 4-Data de Autorização<br>13/10/2012                           |        | 5-Senha<br>AUTORIZADO          |          | 6-Número da Guia Principal<br>50156774                                |                                         | 7-Data Validade da Senha<br>11/10/2012                   |                    |               |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 8-Número da Carteira<br>0037000022457596                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA |          | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A                               |                                         | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                      |                    |               |
| 13-Nome<br>PRISCILLA DE CASTRO BRUNO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        | 14-Telefone<br>28/09/1979      |          | 15-Nome do titular do plano<br>PRISCILLA DE CASTRO BRUNO              |                                         | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700806449240986 |                    |               |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA |                 |                                                               |        | 18-Número no CRO<br>19769      |          | 19-UF<br>RJ                                                           |                                         | 20-Código CBO S<br>09                                    |                    |               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>01250478782                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           | 22-Nome do Contratado Executante<br>LILIAN FREIHA                                      |                 |                                                               |        | 23-Número no CRO<br>19769      |          | 24-UF<br>RJ                                                           |                                         | 25-Código CNES                                           |                    |               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LILIAN FREIHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        | 27-Número no CRO<br>19769      |          | 28-UF<br>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-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0081000294                | LEVANTAMENTO                                                                           |                 |                                                               | 1      | 222,00                         | 0,00     |                                                                       |                                         | 15/05/20                                                 |                    |               |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 44-Data de Atendimento<br>13/05/20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 45-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 46-1-Total 2-Parcial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |
| 47-Total Quantidade US<br>222,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        | 48-Valor Total R\$<br>0,00     |          |                                                                       | 49-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<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |                                                                                        |                 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>13/05/20 |        |                                |          | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/05/20 |                                         |                                                          |                    |               |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                                                                                        |                 |                                                               |        |                                |          |                                                                       |                                         |                                                          |                    |               |

Marcada

15/05/20

15:30

X Brincosa ou carere Bruno