



380017  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>21/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>21/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50193209 | 7-Data Validade da Senha<br>20/11/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                 |                                                           |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00379994065294227 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>AMBITOLDOS TOLDOS | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>702407538598720 |
| 13-Nome<br>GISELLE RODRIGUES HENRIQUE     |                                | 14-Telefone<br>(11) -           | 15-Nome do titular do plano<br>GISELLE RODRIGUES HENRIQUE |                                                          |

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 | 801 -<br>Faturar Empresa                                         |
| 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        | Enviar - RX<br>(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE                 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LILIAN FREIHA |                                                                                        | 27-Número no CRO<br>19769 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO S       | (I) 81000375-RME (I) 81000421-<br>(I) 81000375-RPD (I) 81000421- |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabella | 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-         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    |               |
| 2-         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    |               |
| 3-         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    |               |
| 4-         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    |               |
| 5-         | 0081000421                | RX PERIAPICAL            | RMDS            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    |               |
| 6-         | 0081000421                | RX PERIAPICAL            | RMIE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    |               |
| 7-         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                              |                                               |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>84,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>29/09/20 Lilian Freiha | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/11/2012 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

*Giselle Rodrigues Henriques*