



374234  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/09/20 | 4-Data de Autorização<br>14/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7866191 | 7-Data Validade da Senha<br>11/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                                 |  |                                              |  |                                |                                                         |                                     |                                       |
|-------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                           |  | 8-Número da Carteira<br>00202507811900339902 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL               | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>LEIA MARCIA PEREIRA DA SILVA CORREIA |  |                                              |  | 14-Telefone<br>30/05/1978      | 15-Nome do titular do plano<br>AGUIMAR CORREIA DA SILVA |                                     |                                       |

|                                                            |  |                                                          |  |                                                                          |                            |                          |                            |                       |                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento            |  | 16-Atendimento a RN<br>N                                 |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA RADIOLOGICA SAFE CARNEIRO |                            | 18-Número no CRO<br>7870 | 19-UF<br>DF                | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME<br>(I) 81000375-RPD (I) 81000405<br>(I) 81000375-RPE |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>22485970106         |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>TANIA CARNEIRO MAFRA |  | 23-Número no CRO<br>7870                                                 |                            | 24-UF<br>DF              | 25-Código CNES<br>553768-0 |                       |                                                                                                                                   |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>TANIA CARNEIRO MAFRA |  | 27-Número no CRO<br>7870                                 |  | 28-UF<br>DF                                                              | 29-Código CBO S<br>2232-60 |                          |                            |                       |                                                                                                                                   |

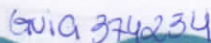
| 30-Tabela    | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição             | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|--------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0081000375 |                           | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/09/20              |                    | x Leia        |
| 2-0081000375 |                           | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/09/20              |                    | x Leia        |
| 3-0081000375 |                           | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/09/20              |                    | x Leia        |
| 4-0081000375 |                           | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/09/20              |                    | x Leia        |
| 5-0081000294 |                           | LEVANTAMENTO             |                 |         | 1      | 222,00           | 0,00     |                                 | S      | 16/09/20              |                    | x Leia        |
| 6-0081000405 |                           | RADIOGRAFIA PANORÂMICA   |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/09/20              |                    | x Leia        |
| 7-           |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-           |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-           |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-          |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-          |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-          |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-          |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-          |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-          |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>16/09/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>356,00 | 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>16/09/2020 Tânia Carneiro Mafra<br>CRO-DF 7870 - IE 3056<br>Radiologista |  | 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/09/2020 x Leia Marcia<br>P.S. Correia |  | 52-Data, local e Carimbo da Empresa<br>Radiologista |  |
|---------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|

Tânia Carneiro Mafra  
CRO-DF 7870 - IE 3056



odontologia especializada

(61) 98134-0308

30/05/1978 (62) 99207-9364

Reia máia Perena do Sila

29549

Analysis

4) direito

Paris 4

- (d) direito

Sins

Total

## Avaliação Periodontal

Pan / Tele / Periapicais Incisivos / Ndd. 08/06/21 / Análise Usp/Mc Namara

Pan / Tele / Periapicais Incisivos / Mand. / 8166781

Cirurgiã - Dentista  
CRO-D# 11.469

Brasília, 10, 09

Endereço: Assis Chateaubriand

Bloco 01 sala 307

Asa Sul – Brasília –DF

Cnpj: 25.173.753/0001-20

ELIA DA SILVA

025 -

Envia a Empresa

1) B1000 - RX

1000375-RM

01000375-RPL

81000375-RPE

1

30. A. 10 RS

11/11/2011

11/11/11

—

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

1151

7

S

1

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 7 | 0 |  |  |
|---|---|--|--|

1151

7

1111

1