



407034  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                              |                 |                                                                             |        |                                               |          |                                                                       |        |                                                          |                    |                                            |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--|--|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>28/10/20                                                                        |                 | 4-Data de Autorização<br>28/10/20                                           |        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                         |          | 6-Número da Guia Principal<br>50202232                                |        | 7-Data Validade da Senha<br>26/11/21                     |                    |                                            |  |  |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                                                                                                              |                 |                                                                             |        |                                               |          |                                                                       |        |                                                          |                    |                                            |  |  |  |
| 8-Número da Carteira<br>0037000023803579                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                              |                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                              |        | 10-Empresa<br>G B AUTO PECAS LTD              |          | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                   |        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700104959170410 |                    |                                            |  |  |  |
| 13-Nome<br>HILDEBRANDO CARLOS BRASILEIRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                              |                 |                                                                             |        | 14-Telefone<br>( ) -                          |          | 15-Nome do titular do plano<br>HILDEBRANDO CARLOS BRASILEIRO          |        |                                                          |                    |                                            |  |  |  |
| 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-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA                                                                                       |                 |                                                                             | 1      | 78,00                                         | 0,00     |                                                                       |        | 05/11/20                                                 |                    |                                            |  |  |  |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0081000294                | LEVANTAMENTO                                                                                                 |                 |                                                                             | 1      | 22,00                                         | 0,00     |                                                                       |        | 05/11/20                                                 |                    |                                            |  |  |  |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                     | RPD             |                                                                             | 1      | 14,00                                         | 0,00     |                                                                       |        | 05/11/20                                                 |                    |                                            |  |  |  |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                     | RPE             |                                                                             | 1      | 14,00                                         | 0,00     |                                                                       |        | 05/11/20                                                 |                    |                                            |  |  |  |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                              |                 |                                                                             |        |                                               |          |                                                                       |        |                                                          |                    |                                            |  |  |  |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                              |                 |                                                                             |        |                                               |          |                                                                       |        |                                                          |                    |                                            |  |  |  |
| 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>328,00                                      |        | 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>05/11/20 Lilian Freiha |        |                                               |          | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/11/20 |        |                                                          |                    | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |  |  |  |

*Hildebrando Carlos Brasileiro*