



488732  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>02/03/21 | 4-Data de Autorização<br>03/03/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8346763 | 7-Data Validade da Senha<br>31/05/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                             |                                |                                      |                                                        |                                       |
|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020252792450000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>FABIANA DA SILVA MARTINS         |                                | 14-Telefone<br>( ) /                 | 15-Nome da filial de plano<br>FABIANA DA SILVA MARTINS |                                       |

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 B<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000405 |
| 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 CNEB        |                                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LILIAN FREIHA |                                                                                        | 27-Número no CRO<br>19769 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO B       |                                                         |

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     |                                 |        | 03/03/21              |                                  |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 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-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>78,00 | 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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 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>03/03/21<br>Lilian Freiha | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>03/03/21<br>Fabiana da Silva Martins | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|