



399109  
INTERCÂMBIO

|                                                     |                                                                                        |                                            |                                                     |                                                          |                                               |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                            | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/09/11 01/12/01                                         | 4-Data de Autorização<br>11/09/11 01/12/01 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                               | 6-Número da Guia Principal<br>50200070                   | 7-Data Validade da Senha<br>11/07/11 01/12/11 |
| Dados do Beneficiário                               |                                                                                        |                                            |                                                     |                                                          |                                               |
| 8-Número da Carteira<br>000379994058520861          | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                         | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A    | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>707809618894112 |                                               |
| 13-Nome<br>GUSTAVO OLIVEIRA NEL DE SIQUEI           |                                                                                        |                                            | 14-Telefone<br>10/08/1996 ( ) -                     | 15-Nome do titular do plano<br>ROSANA DA SILVA OLIVEIRA  |                                               |
| 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>011250478782 |                                                                                        |                                            | 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                                     |                                                                                        |                                            |                                                     |                                                          |                                               |

801 -  
Faturar Empresa

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 |
|-----------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 91000100                  | DOCUMENTACAO |                 |         | 1      | 260,00           | 0,00     |                                 |        | 11/01/20              |                    |               |
| 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>1-1-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>260,00 | 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>21/01/20 Lilian Freiha | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>21/01/20 Gustavo Nel | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|