



420439  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/11/2012 | 4-Data de Autorização<br>17/11/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50206566 | 7-Data Validade da Senha<br>15/02/21 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                           |                                |                                         |                                                        |                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00375205020634009 | 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>708707530777618 |
| 13-Nome<br>MARIA DANTAS DOS SANTOS        |                                | 14-Telefone<br>( ) -                    | 15-Nome do titular do plano<br>MARIA DANTAS DOS SANTOS |                                                          |

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 / GNPJ / CPF<br>01250478782  | 22-Nome da 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         | 0081000294                | LEVANTAMENTO |                 |         | 1      | 222,00           | 0,00     |                                 | S      | 17/11/2012            |                    |               |
| 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 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>222,00 | 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 Profissional Solicitante<br>17/11/2012 Lilian Freiha | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>17/11/2012 Lilian Freiha | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>17/11/2012 Maria Dantas dos Santos | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

Maria Dantas dos Santos