



420455  
INTERCÂMBIO

|                                                     |                                                                                         |                                                   |                                                     |                                                          |                                                                        |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                            | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/11/20                                                   | 4-Data de Autorização<br>11/11/20                 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                               | 6-Número da Guia Principal<br>50206575                   | 7-Data Validade da Senha<br>15/10/21                                   |
| Dados do Beneficiário                               |                                                                                         |                                                   |                                                     |                                                          |                                                                        |
| 8-Número da Carteira<br>00379994060051822           | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                          | 10-Empresa<br>COOPUERJ                            | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>898004829562333 |                                                                        |
| 13-Nome<br>MARLI MADEIRA AGUILA                     |                                                                                         | 14-Telefone<br>26/07/1964                         | 15-Nome do titular do plano<br>MARLI MADEIRA AGUILA |                                                          |                                                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento     |                                                                                         |                                                   |                                                     |                                                          |                                                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                            | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSEU 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<br>801 - Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000405 |
| 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 |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 81000405                  | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 |        | 23/11/20              |                    |               |
| 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>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>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 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>23/11/20<br>Lilian Freiha | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>23/11/20<br>Marli Madeira de Aguilã | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|