

310298  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/4/05/20 | 4-Data de Autorização<br>09/06/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7541756 | 7-Data Validade da Senha<br>02/08/20 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Beneficiário |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 8-Número da Carteira  |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 11-Data Validade da Carteira          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 0                     | 0 | 2 | 0 | 2 | 5 | 1 | 0 | 5 | 5 | 0                                     | 6 | 0 | 1 | 4 | 7 | 6 | 5 | 0 | 1 | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> |
| 9-Plano               |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 10-Empresa                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| POS REDE PRESTADORA   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | INSTITUTO DE ASSISTENCIA              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 13-Nome               |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 14-Telefone                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ANELYSE MARIA IURKY   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ( ) - - - - -                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 23/07/1971            |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 15-Nome do titular do plano           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ANELYSE MARIA IURKY   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ANELYSE MARIA IURKY                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                 |  |                                                           |  |                  |  |                 |  |                 |  |                          |  |
|-------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|------------------|--|-----------------|--|-----------------|--|--------------------------|--|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |  | 17-Nome do Profissional Solicitante                       |  | 18-Número no CRO |  | 19-UF           |  | 20-Código CBO S |  | 025 -<br>Faturar Empresa |  |
| 16-Atendimento a RN                             |  | ORTO FOCUS CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME EMERG/COMERCIAL |  | 86554            |  | SP              |  | 02              |  |                          |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF             |  | 22-Nome do Contratado Executante                          |  | 23-Número no CRO |  | 24-UF           |  | 25-Código CNES  |  |                          |  |
| 1303361080867                                   |  | MARCELO SHIWA                                             |  | 86554            |  | SP              |  |                 |  |                          |  |
| 26-Nome do Profissional Executante              |  | 27-Número no CRO                                          |  | 28-UF            |  | 29-Código CBO S |  |                 |  |                          |  |
| MARCELO SHIWA                                   |  | 86554                                                     |  | SP               |  |                 |  |                 |  |                          |  |

| 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-                                              | 0                          | 0 | 8 | 5 | 3 | 0 | 0 | 4             | 7                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD    | 1                 |           | 3                                | 6        | ,0                     | 0                                  |  | S | 08/11/20 | Cat/pes |
| 2-                                              | 0                          | 0 | 8 | 5 | 3 | 0 | 0 | 4             | 7                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE    | 1                 |           | 3                                | 6        | ,0                     | 0                                  |  | S | 08/11/20 | Cat/pes |
| 3-                                              | 0                          | 0 | 8 | 5 | 3 | 0 | 0 | 4             | 7                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE    | 1                 |           | 3                                | 6        | ,0                     | 0                                  |  | S | 09/11/20 | Cat/pes |
| 4-                                              | 0                          | 0 | 8 | 5 | 3 | 0 | 0 | 4             | 7                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID    | 1                 |           | 3                                | 6        | ,0                     | 0                                  |  | S | 09/11/20 | Cat/pes |
| 5-                                              |                            |   |   |   |   |   |   |               |                  |                         |         |                   |           |                                  |          |                        |                                    |  |   |          |         |
| 6-                                              |                            |   |   |   |   |   |   |               |                  |                         |         |                   |           |                                  |          |                        |                                    |  |   |          |         |
| 7-                                              |                            |   |   |   |   |   |   |               |                  |                         |         |                   |           |                                  |          |                        |                                    |  |   |          |         |
| 8-                                              |                            |   |   |   |   |   |   |               |                  |                         |         |                   |           |                                  |          |                        |                                    |  |   |          |         |
| 9-                                              |                            |   |   |   |   |   |   |               |                  |                         |         |                   |           |                                  |          |                        |                                    |  |   |          |         |
| 10-                                             |                            |   |   |   |   |   |   |               |                  |                         |         |                   |           |                                  |          |                        |                                    |  |   |          |         |
| 11-                                             |                            |   |   |   |   |   |   |               |                  |                         |         |                   |           |                                  |          |                        |                                    |  |   |          |         |
| 12-                                             |                            |   |   |   |   |   |   |               |                  |                         |         |                   |           |                                  |          |                        |                                    |  |   |          |         |
| 13-                                             |                            |   |   |   |   |   |   |               |                  |                         |         |                   |           |                                  |          |                        |                                    |  |   |          |         |
| 14-                                             |                            |   |   |   |   |   |   |               |                  |                         |         |                   |           |                                  |          |                        |                                    |  |   |          |         |
| 15-                                             |                            |   |   |   |   |   |   |               |                  |                         |         |                   |           |                                  |          |                        |                                    |  |   |          |         |

43-Data Previsão Término do Tratamento  
09/11/20

44-Tipo de Atendimento  
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento  
1-Total 2-Parcial

46- Total Quantidade US  
1 4 4 ,0 0

47-Valor Total R\$  
0 0 0 ,0 0

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(ram) 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.

|                                                               |                                                   |                                                         |                                     |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 45-Observação                                                 |                                                   |                                                         |                                     |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
| 09/11/2016                                                    | 09/11/2016                                        | 09/11/2016                                              | 11/11/2016                          |