



2553372  
INTERCÂMBIO

|                          |                                              |                                          |                       |                                        |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>2 2 / 1 1 / 2 5 | 4-Data de Autorização<br>2 2 / 1 1 / 2 5 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>14641257 | 7-Data Validade da Senha<br>2 1 / 0 1 / 2 6 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                                   |                                |                                        |                                                              |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                                             |                                |                                        |                                                              |                                                          |
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 0 0 3 6 7 6 6 0 0 1 8 7 0 0 1 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>HORFRAN COMERCIAL ELETRO | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>705102886233840 |
| 13-Nome<br>GABRIEL CORREA OLIVEIRA JULIO                          |                                | 14-Telefone<br>( ) -                   | 15-Nome do titular do plano<br>GABRIEL CORREA OLIVEIRA JULIO |                                                          |

|                                                                 |                                                                  |                            |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |                                                                  |                            |             |                 |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ALANA DE JESUS NASCIMENTO | 18-Número no CRO<br>135410 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>3 0 7 2 6 9 2 7 8 5 6    | 22-Nome do Contratado Executante<br>ALANA DE JESUS NASCIMENTO    | 23-Número no CRO<br>135410 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ALANA DE JESUS NASCIMENTO |                                                                  | 27-Número no CRO<br>135410 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S |

025 -  
Faturar Empresa

| 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 1 0 0 1 9 6       | RESTAURAÇÃO RESINA                                                                                         | 47              | O                                           | 1      | 6 1 0 0                           | 0 0      | S                               |        | / /                                     |                     |               |
| 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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                 | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |        | 46-Total Quantidade US<br>6 1 0 0 |          | 47-Valor Total R\$<br>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/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>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ / | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|