



502475  
INTERCÂMBIO

|                          |                                              |                                          |                       |                                       |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 8 / 0 3 / 2 1 | 4-Data de Autorização<br>2 5 / 0 3 / 2 1 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8398794 | 7-Data Validade da Senha<br>1 6 / 0 6 / 2 1 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                                 |  |                                |                                        |                                                              |                                       |
|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 4 0 9 2 0 2 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>JANAINA ASSIS CALDAS                                 |  |                                | 14-Telefone<br>( ) 3 3 7 4 - 5 4 0 9   | 15-Nome do titular do plano<br>RICARDO DE JESUS CALDAS ASSIS |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                   |                           |             |                                             |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL | 18-Número no CRO<br>59922 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------------------|

|                                                              |                                                                |                           |             |                |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 6 7 1 9 1 1 6 8 7 8 | 22-Nome do Contratado Executante<br>FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL | 23-Número no CRO<br>59922 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                                                  |                           |             |                 |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL | 27-Número no CRO<br>59922 | 28-UF<br>SP | 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         | 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0       | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 3 4,0 0          | 0,0 0    |                                 | S      | 25/03/24              |                    |               |
| 2         | 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7       | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 3 6,0 0          | 0,0 0    |                                 | S      | 25/03/24              |                    |               |
| 3         | 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7       | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 3 6,0 0          | 0,0 0    |                                 | S      | 25/03/24              |                    |               |
| 4         | 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7       | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 3 6,0 0          | 0,0 0    |                                 | S      | 25/03/24              |                    |               |
| 5         | 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7       | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAI D           |         | 1      | 3 6,0 0          | 0,0 0    |                                 | S      | 25/03/24              |                    |               |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                     |                             |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>25/03/24 | 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>1 7 8,0 0 | 47-Valor Total R\$<br>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/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>25/03/24 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>25/03/24 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>25/03/24 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|