

|                                                                   |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                          |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>16/02/2021 |  | 5-Série<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO                                  |  | 6-Número da Guia Principal<br>477645 |  | 7-Data Validade da Guia<br>17/05/2021    |  | 477645<br>INTERCÂMBIO                   |  |
| 8-Número da Carteira<br>0002025235728000000102                    |  |                                         |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                              |  |                                      |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 |  |                                         |  |
| 13-Nome<br>WALDEREZA APARECIDA VIAN BARONE                        |  |                                         |  | 13-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                   |  |                                      |  | 12-Número do Contrato Nacional de Saúde  |  |                                         |  |
| 14-Telefone<br>26/10/1950                                         |  |                                         |  | 15-Nome do titular do plano<br>CLAUDIO JAIR BARONE                |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          |  |                                         |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO |  |                                      |  | 19-UF<br>SP                              |  |                                         |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPE<br>26991679836                |  |                                         |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO    |  |                                      |  | 20-Código CBO S<br>025 -                 |  |                                         |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO  |  |                                         |  | 27-Número no CRO<br>71198                                         |  |                                      |  | 25-Código CNES<br>SP                     |  |                                         |  |
| 28-Nome do Profissional Solicitante<br>MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO |  |                                         |  | 29-Número no CRO<br>71198                                         |  |                                      |  | 26-Código CBO S<br>SP                    |  |                                         |  |
| 30-Tabela                                                         |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 31-Código do Procedimento                                         |  | 32-Descrição                            |  | 33-Dente/Região                                                   |  | 34-Faixa                             |  | 35-Qtd                                   |  | 36-Quantidade US                        |  |
| 1-0081000057                                                      |  | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE                |  | 1                                                                 |  | 34                                   |  | 00                                       |  | 00                                      |  |
| 2-0085200034                                                      |  | TRATAMENTO EM                           |  | 14                                                                |  | 80                                   |  | 00                                       |  | 00                                      |  |
| 3-                                                                |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 4-                                                                |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 5-                                                                |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 6-                                                                |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 7-                                                                |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 8-                                                                |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 9-                                                                |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 10-                                                               |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 11-                                                               |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 12-                                                               |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 13-                                                               |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 14-                                                               |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 15-                                                               |  |                                         |  |                                                                   |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento                            |  | 44-Tipo de Atendimento                  |  | 45-Tipo de Faturamento                                            |  | 46-Total Quantidade US               |  | 47-Valor Total R\$                       |  | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |  |
| 11/11/11                                                          |  | 2-Exame Radiológico                     |  | 1-Total 2-Parcial                                                 |  | 42,00                                |  | 0,00                                     |  | 0,00                                    |  |

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>16/02/2021 |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>16/02/2021 |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/02/2021 |  | 53-Data, local e Assinatura do Gerente da Empresa<br>16/02/2021 |  |
| Cirurgião Dentista                                                          |  | Cirurgião Dentista                                                          |  | Cirurgião Dentista                                                      |  | Cirurgião Dentista                                              |  |
| CRO 71198                                                                   |  | CRO 71198                                                                   |  | CRO 71198                                                               |  | CRO 71198                                                       |  |

ODONTO NORTE 24 HORAS LTDA