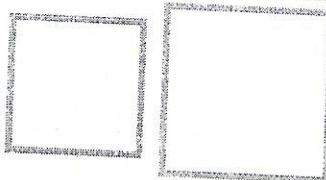


|          |                      |                                        |                |        |      |                                        |        |
|----------|----------------------|----------------------------------------|----------------|--------|------|----------------------------------------|--------|
| 525311-1 | 00202510550601772101 | PJ- TANIA REGINA LONGATTO FORNAZARE    | 16/04/2021 COB | 188,80 | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (472/1) = 472 X 0,4 =   | 188,80 |
| 525313-1 | 00202533555500000101 | PJ- OSINEIDE RODRIGUES DE SOUZA        | 16/04/2021 COB | 188,80 | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (472/1) = 472 X 0,4 =   | 188,80 |
| 527388-1 | 00202536861500000101 | PJ- EVERYN DA SILVA                    | 19/04/2021 COB | 71,20  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (178/1) = 178 X 0,4 =   | 71,20  |
| 529008-1 | 00202534016900000101 | PJ- MARIA JUCILENE DA CONCEICAO        | 21/04/2021 COB | 19,20  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (48/1) = 48 X 0,4 =     | 19,20  |
| 533431-1 | 00202536946800000101 | PJ- KRISLAINE DA SILVA CAPISTRANO      | 26/04/2021 COB | 71,20  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (178/1) = 178 X 0,4 =   | 71,20  |
| 535267-1 | 00202510550601924702 | PJ- FRANCELTON GUEDE DA SILVA          | 27/04/2021 COB | 35,20  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (88/1) = 88 X 0,4 =     | 35,20  |
| 536460-1 | 00202510550601715501 | PJ- SANDRA MOURA DOS SANTOS            | 28/04/2021 COB | 71,20  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (178/1) = 178 X 0,4 =   | 71,20  |
| 537812-1 | 00202510550600071001 | PJ- GILBERSON GUIMARAES COSTA SIQUEIRA | 29/04/2021 COB | 250,40 | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (626/1) = 626 X 0,4 =   | 250,40 |
| 539934-1 | 00202504908500771101 | PJ- KELLY CRISTINA COSTA               | 03/05/2021 COB | 24,40  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (61/1) = 61 X 0,4 =     | 24,40  |
| 539948-1 | 00202504908500771101 | PJ- KELLY CRISTINA COSTA               | 03/05/2021 COB | 48,80  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (122/1) = 122 X 0,4 =   | 48,80  |
| 541325-1 | 00202536539000000101 | PJ- ANA PAULA SILVA DOS SANTOS         | 04/05/2021 COB | 48,80  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (122/1) = 122 X 0,4 =   | 48,80  |
| 546954-1 | 00202534734400000101 | PJ- OSNIR DONIZETE DE OLIVEIRA         | 10/05/2021 COB | 48,80  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (122/1) = 122 X 0,4 =   | 48,80  |
| 549422-1 | 00202510550601772102 | PJ- ANTONIO LUIZ FORNAZARE             | 12/05/2021 COB | 71,20  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (178/1) = 178 X 0,4 =   | 71,20  |
| 550328-1 | 00202537226600000101 | PJ- MARYSOL ROSA DOS SANTOS SUAREZ     | 13/05/2021 COB | 71,20  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (178/1) = 178 X 0,4 =   | 71,20  |
| 553516-1 | 00202510550600714901 | PJ- IRENE MONTEALTO                    | 17/05/2021 COB | 537,20 | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (1343/1) = 1343 X 0,4 = | 537,20 |
| 553543-1 | 00202537226600000101 | PJ- MARYSOL ROSA DOS SANTOS SUAREZ     | 17/05/2021 COB | 70,40  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (176/1) = 176 X 0,4 =   | 70,40  |
| 556263-1 | 00202510550601273901 | PJ- ELIZANGELA TRINDADE DE OLIVEIRA    | 19/05/2021 COB | 181,20 | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (453/1) = 453 X 0,4 =   | 181,20 |
| 556803-1 | 00202510550600621801 | PJ- FABIO GOMES                        | 19/05/2021 COB | 62,40  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (156/1) = 156 X 0,4 =   | 62,40  |
| 561019-1 | 00202509784001684101 | PJ- RAPHAEL DE ABREU ALVES SILVA       | 22/05/2021 COB | 188,80 | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (472/1) = 472 X 0,4 =   | 188,80 |
| 561020-1 | 00202537476300000101 | PJ- JOALISSON BARBOSA DOS              | 22/05/2021 COB | 71,20  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (178/1) = 178 X 0,4 =   | 71,20  |
| 572302-1 | 00202510550601772101 | PJ- TANIA REGINA LONGATTO FORNAZARE    | 02/06/2021 COB | 71,20  | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (178/1) = 178 X 0,4 =   | 71,20  |
| 573303-1 | 00202510550601697501 | PJ- GILBERTO FLOZINO DA COSTA          | 03/06/2021 COB | 120,00 | 0,00 | PARC: 1 DE 1 - (300/1) = 300 X 0,4 =   | 120,00 |





# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

525311  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |                                                                   |                                        |                                                                |                                       |                                      |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br>16/04/21                             | 4-Data de Autorização<br>23/04/21      | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                          | 6-Número da Guia Principal<br>8490513 | 7-Data Validade da Senha<br>15/07/21 |
| Dados do Beneficiário                                            |                                                                   |                                        |                                                                |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550601772101                     | 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>TANIA REGINA LONGATTO FORNAZARE                       |                                                                   | 14-Telefone<br>11/04/1958              | 15-Nome do titular do plano<br>TANIA REGINA LONGATTO FORNAZARE |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |                                                                   |                                        |                                                                |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014              | 19-UF<br>SP                                                    | 20-Código CBO S                       | 025 - Faturar Empresa                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014              | 24-UF<br>SP                                                    | 25-Código CNES                        |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014              | 28-UF<br>SP                                                    | 29-Código CBO S                       |                                      |

| 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         | 0085400114                | COROA TOTAL EM CERÔMERO | 42              |         | 1      | 472,00           | 0,00     |                                 |        | 02/06/21              |                    |               |
| 2         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>02/06/21 | 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>472,00 | 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>02/06/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>02/06/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>02/06/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|





2-N

525313  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |                                                                   |                                                                |                                      |                                                            |                                                |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br>16/04/21                             | 4-Data de Autorização<br>23/04/21                              | 5-Senha<br>AUTORIZADO                | 6-Número da Guia Principal<br>8490528                      | 7-Data Validade da Senha<br>15/07/21           |
| Dados do Beneficiário                                            |                                                                   |                                                                |                                      |                                                            |                                                |
| 8-Número da Carteira<br>00202533555500000101                     |                                                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde          |
| 13-Nome<br>OSINEIDE RODRIGUES DE SOUZA                           |                                                                   |                                                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>OSINEIDE RODRIGUES DE SOUZA |                                                |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |                                                                   |                                                                |                                      |                                                            |                                                |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                | 18-Número no CRO<br>75014            | 19-UF<br>SP                                                | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               |                                                                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 23-Número no CRO<br>75014            | 24-UF<br>SP                                                | 25-Código CNES<br>Enviar - RX (IF) 85400149-15 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   |                                                                | 27-Número no CRO<br>75014            | 28-UF<br>SP                                                | 29-Código CBO S                                |

| 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         | 0085400149                | COROA TOTAL METÁLICA | 15              |         | 1      | 472,00           | 0,00     |                                 | S      | 05/06/21              |                    |               |
| 2         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>05/06/2021 | 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>472,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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>05/06/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>05/06/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/06/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



527388  
INTERCÂMBIO

|                                                                   |                                       |                                                                |                       |                                                |                                      |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                          | 3-Data de Emissão da Guia<br>19/10/21 | 4-Data de Autorização<br>23/10/21                              | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8498517          | 7-Data Validade da Senha<br>18/10/21 |
| 8-Número da Carteira<br>00202536861500000101                      |                                       |                                                                |                       |                                                |                                      |
| 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    |                                       | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                           |                       | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /            |                                      |
| 13-Nome<br>EVERYN DA SILVA                                        |                                       | 14-Telefone<br>21/06/1978                                      |                       | 15-Nome do titular do plano<br>EVERYN DA SILVA |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          |                                       |                                                                |                       |                                                |                                      |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                       |                                                                |                       |                                                |                                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810                |                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                       | 23-Número no CRO<br>75014                      |                                      |
| 24-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI  |                                       | 25-Número no CRO<br>75014                                      |                       | 26-UF<br>SP                                    |                                      |
| 27-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI  |                                       | 28-UF<br>SP                                                    |                       | 29-Código CBO S                                |                                      |

025 -  
Faturar Empresa

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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                    |               |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/21              |                    |               |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/21              |                    |               |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/21              |                    |               |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/21              |                    |               |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término de Tratamento<br>19/05/21 | 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>178,00 | 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, escolho e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em 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>19/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>19/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>19/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

529008  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |                                                                   |                                      |                                                            |                                       |                                      |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br>21/04/21                             | 4-Data de Autorização<br>23/04/21    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                      | 6-Número da Guia Principal<br>8504666 | 7-Data Validade da Senha<br>20/07/21 |
| Dados do Beneficiário                                            |                                                                   |                                      |                                                            |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>0020253401690000101                      | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |
| 13-Nome<br>MARIA JUCILENE DA CONCEICAO                           |                                                                   | 14-Telefone<br>10/10/1963            | 15-Nome do titular do plano<br>MARIA JUCILENE DA CONCEICAO |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |                                                                   |                                      |                                                            |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014            | 19-UF<br>SP                                                | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014            | 24-UF<br>SP                                                | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>(I) 81000421-         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014            | 28-UF<br>SP                                                | 29-Código CBO S                       |                                      |

| 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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                    |               |
| 2         | 0081000421                | RX PERIAPICAL         | RMSD            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/05/21              |                    |               |
| 3         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                          |                                             |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término de Tratamento<br>03/05/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>48,00 | 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>03/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>03/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>03/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



533431  
INTERCÂMBIO

|                                                                   |                                       |                                   |                                                                |                                       |                                      |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                          | 3-Data de Emissão da Guia<br>26/04/21 | 4-Data de Autorização<br>26/04/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                          | 6-Número da Guia Principal<br>8519677 | 7-Data Validade da Senha<br>25/07/21 |
| 8-Número da Carteira<br>00202536946800000101                      |                                       |                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /  |
| 13-Nome<br>KRISLAINE DA SILVA CAPISTRANO                          |                                       |                                   | 14-Telefone<br>( ) -                                           | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          |                                       |                                   | 15-Nome do titular do plano<br>KRISLAINE DA SILVA CAPISTRANO   |                                       |                                      |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                       |                                   | 18-Número no CRO<br>75014                                      | 19-UF<br>SP                           | 20-Código CBO S                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810                |                                       |                                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 23-Número no CRO<br>75014             | 24-UF<br>SP                          |
| 25-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI  |                                       |                                   | 26-Número no CRO<br>75014                                      | 27-UF<br>SP                           | 28-Código CNES                       |
| 29-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                |                                       |                                   | 30-UF<br>SP                                                    | 31-Código CBO S                       | 32-Código CNES                       |

025 -  
Faturar Empresa

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qto | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/04/21              |                    | Krislaine     |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/04/21              |                    | Krislaine     |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/04/21              |                    | Krislaine     |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/04/21              |                    | Krislaine     |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/04/21              |                    | Krislaine     |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

26.824.959/0001-35

26.824.959/0001-35

POLICLINICA ODONTOLÓGICA  
VERSSETTI & PALHUCHI LTDA  
INSISO

POLICLINICA ODONTOLÓGICA  
VERSSETTI & PALHUCHI LTDA  
INSISO

Rua Guadalupe, 78  
CEP 09280-050 - Parque das Nações  
Santo André - SP

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                           |                            |                                     |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>29/04/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Exame Endoscópico 4-Exame Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                               | 46-Valor Total R\$<br>0,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00          | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
| <p>Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, fui informado e apresentei, aceite 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 assinados, 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.</p> |                                                                                                                |                                                                           |                            |                                     |                                                 |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>29/04/21 |                            |                                     |                                                 |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>29/04/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/04/21     |                            | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |                                                 |



**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**



2-Nº

**535267  
INTERCÂMBIO**

|                                                                         |                                                                          |                                               |                                                                            |                                              |                                               |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br><b>406414</b>                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br><b>12/07/2014</b>                           | 4-Data de Autorização<br><b>12/09/2014</b>    | 5-Senha<br><b>AUTORIZADO</b>                                               | 6-Número da Guia Principal<br><b>8526916</b> | 7-Data Validade da Senha<br><b>12/07/2017</b> |
| Dados do Beneficiário                                                   |                                                                          |                                               |                                                                            |                                              |                                               |
| 8-Número da Carteira<br><b>00202510550601924702</b>                     | 9-Plano<br><b>POS REDE PRESTADORA</b>                                    | 10-Empresa<br><b>INSTITUTO DE ASSISTENCIA</b> | 11-Data Validade da Carteira<br><b>11/11/11</b>                            | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde        |                                               |
| 13-Nome<br><b>FRANCEILTON GUEDE DA SILVA</b>                            |                                                                          | 14-Telefone<br><b>10/08/1975</b>              | 15-Nome do titular do plano<br><b>SORAIA RAMOS MASSOLA GUEDES DA SILVA</b> |                                              |                                               |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                         |                                                                          |                                               |                                                                            |                                              |                                               |
| 16-Atendimento a RN<br><b>N</b>                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br><b>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI</b> | 18-Número no CRO<br><b>75014</b>              | 19-UF<br><b>SP</b>                                                         | 20-Código CBO S                              | 025 -<br>Faturar Empresa                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br><b>261557548110</b>              | 22-Nome do Contratado Executante<br><b>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI</b>    | 23-Número no CRO<br><b>75014</b>              | 24-UF<br><b>SP</b>                                                         | 25-Código CNES                               | Enviar - RX<br>(I) 85100200                   |
| 26-Nome do Profissional Executante<br><b>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI</b> |                                                                          | 27-Número no CRO<br><b>75014</b>              | 28-UF<br><b>SP</b>                                                         | 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-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 16              | OD      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/21              |                    |               |
| 2-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                           |                                                                                                             |                                                    |                                        |                                   |                                         |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br><b>19/05/21</b> | 44-Tipo de Atendimento<br><b>1-Exame Radiológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência</b> | 45-Tipo de Faturamento<br><b>1-Total 2-Parcial</b> | 46-Total Quantidade US<br><b>88,00</b> | 47-Valor Total R\$<br><b>0,00</b> | 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><b>19/05/21</b> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br><b>19/05/21</b> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br><b>19/05/21</b> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



536480  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |                                                                   |                                          |                                                        |                                       |                                             |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/8/10 4/12/11                      | 4-Data de Autorização<br>12/9/10 4/12/11 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                  | 6-Número da Guia Principal<br>8531922 | 7-Data Validade da Senha<br>12/7/10 7/12/11 |
| Dados do Beneficiário                                            |                                                                   |                                          |                                                        |                                       |                                             |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550601715501                     | 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>SANDRA MOURA DOS SANTOS                               |                                                                   | 14-Telefone<br>( ) -                     | 15-Nome do titular do plano<br>SANDRA MOURA DOS SANTOS |                                       |                                             |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |                                                                   |                                          |                                                        |                                       |                                             |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014                | 19-UF<br>SP                                            | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa                    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014                | 24-UF<br>SP                                            | 25-Código CNES                        |                                             |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014                | 28-UF<br>SP                                            | 29-Código CBO S                       |                                             |

| 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 |
|--------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0081000065 |                           | CONSULTA ODONTOLOGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/11              |                    |               |
| 2-0085300047 |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/11              |                    |               |
| 3-0085300047 |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/11              |                    |               |
| 4-0085300047 |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/11              |                    |               |
| 5-0085300047 |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/11              |                    |               |
| 6-           |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-           |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-           |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-           |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-          |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-          |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-          |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-          |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-          |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-          |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            |                                                               |                                  |                                                                       |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>19/05/11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00                                            | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
| <p>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) conforme 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.</p> |                                                                                                            |                                                               |                                  |                                                                       |                                         |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                            |                                                               |                                  |                                                                       |                                         |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>19/05/11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                            | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>19/05/11 |                                  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>19/05/11 |                                         |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                            |                                                               |                                  |                                                                       |                                         |



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



537812  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>29/04/21                                                                      |                 | 4-Data de Autorização<br>04/05/21                              |        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                       |          | 6-Número da Guia Principal<br>8537192                                 |        | 7-Data Validade da Senha<br>28/07/21           |                    |                                         |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550600071001                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA              |          | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA                                |        | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /            |                    |                                         |  |
| 13-Nome<br>GILBERSON GUIMARAES COSTA SIQUEIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        | 14-Telefone<br>(11) 2012-9806               |          | 15-Nome do titular do plano<br>GILBERSON GUIMARAES COSTA SIQUEIRA     |        |                                                |                    |                                         |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI                                          |                 |                                                                |        | 18-Número no CRO<br>75014                   |          | 19-UF<br>SP                                                           |        | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa       |                    |                                         |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                                                                            |                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |        | 23-Número no CRO<br>75014                   |          | 24-UF<br>SP                                                           |        | 25-Código CNES<br>Enviar - RX (IF) 85400149-45 |                    |                                         |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        | 27-Número no CRO<br>75014                   |          | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0085400084                | COROA PROVISÓRIA SEM PINO                                                                                  | 45              |                                                                | 1      | 154,00                                      | 0,00     |                                                                       | S      | 25/05/21                                       |                    | 3                                       |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0085400149                | COROA TOTAL METÁLICA                                                                                       | 45              |                                                                | 1      | 472,00                                      | 0,00     |                                                                       | S      | 02/06/21                                       |                    |                                         |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                                |                    |                                         |  |
| 43-Data Revisão / Término do Tratamento<br>02/06/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           | 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>626,00                                      |        | 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, 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>02/06/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                                                                            |                 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>02/06/21  |        |                                             |          | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>02/06/21 |        |                                                |                    | 53-Data, local e Carimbo da Empresa     |  |



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



539934  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/05/21                                                                      |                 | 4-Data de Autorização<br>04/05/21                              |        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                       |          | 6-Número da Guia Principal<br>8544471                                 |        | 7-Data Validade da Senha<br>01/08/21 |                    |                                            |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 8-Número da Carteira<br>00202504908500771101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                            |                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 |        | 10-Empresa<br>POSITIVO INFORMATICA S A      |          |                                                                       |        | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /  |                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde      |  |
| 13-Nome<br>KELLY CRISTINA COSTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        | 14-Telefone<br>02/04/1985                   |          | 15-Nome do titular do plano<br>KELLY CRISTINA COSTA                   |        |                                      |                    |                                            |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI                                          |                 |                                                                |        | 18-Número no CRO<br>75014                   |          | 19-UF<br>SP                                                           |        | 20-Código CBO S                      |                    | 025 -<br>Faturar Empresa                   |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                                                                                                            |                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |        |                                             |          | 23-Número no CRO<br>75014                                             |        | 24-UF<br>SP                          |                    | 25-Código CNES                             |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        | 27-Número no CRO<br>75014                   |          | 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 de Glosa | 42-Assinatura                              |  |
| 1-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA                                                                                         | 16              | V                                                              | 1      | 61,00                                       | 0,00     |                                                                       | S      | 21/05/21                             |                    |                                            |  |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>21/05/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           | 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>61,00                                       |        | 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) aqui(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. |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                |        |                                             |          |                                                                       |        |                                      |                    |                                            |  |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>21/05/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |                                                                                                            |                 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>21/05/21  |        |                                             |          | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>21/05/21 |        |                                      |                    | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |  |



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



539946  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |                                                                   |                                        |                                                     |                                       |                                       |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/05/21                             | 4-Data de Autorização<br>04/05/21      | 5-Senha<br>AUTORIZADO                               | 6-Número da Guia Principal<br>8544493 | 7-Data Validação da Senha<br>01/08/21 |
| Dados do Beneficiário                                            |                                                                   |                                        |                                                     |                                       |                                       |
| 8-Número da Carteira<br>00202504908500771101                     | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>POSITIVO INFORMATICA S A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                       |
| 13-Nome<br>KELLY CRISTINA COSTA                                  |                                                                   | 14-Telefone<br>02/04/1985              | 15-Nome do titular do plano<br>KELLY CRISTINA COSTA |                                       |                                       |
| Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento                  |                                                                   |                                        |                                                     |                                       |                                       |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014              | 19-UF<br>SP                                         | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa              |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014              | 24-UF<br>SP                                         | 25-Código CNES                        |                                       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014              | 28-UF<br>SP                                         | 29-Código CBO S                       |                                       |

| 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 Guia | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 21              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/06/21              |                   |               |
| 2-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 26              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 22/06/21              |                   |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>22/06/21 | 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>122,00 | 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 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>22/06/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>22/06/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/06/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|





2-Nº

541325  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>04/05/21 | 4-Data de Autorização<br>04/05/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8549537 | 7-Data Validade da Senha<br>02/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                                           |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202536539000000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>ANA PAULA SILVA DOS SANTOS        |                                | 14-Telefone<br>18/05/1993            | 15-Nome do titular do plano<br>ANA PAULA SILVA DOS SANTOS |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                  |                                                                   |                           |             |                 |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>261155754810              | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S |

025 -  
Faturar Empresa

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-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 27              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/05/21              |                    | Ana Paula     |
| 2-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 35              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/05/21              |                    | Ana Paula     |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

26.824.959/0001-35

POLICLINICA ODONTOLÓGICA  
VERSSETTI & PALHUCHI LTDA  
INSISO

POLICLINICA ODONTOLÓGICA  
VERSSETTI & PALHUCHI LTDA  
INSISO

Rua Guadalupe, 78  
CEP 09280-050 - Parque das Nações  
Santo André - SP

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                            |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>05/05/21 | 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-Valor Total R\$<br>0,00 | 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, alternativas de tratamento e o plano de pagamento, 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, é por mim assinado(s), tornando 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>05/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>05/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>05/05/21 - Ana Paula | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

546954  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |                                                                   |                                          |                                                           |                                       |                                             |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 0 / 0 5 / 2 1                      | 4-Data de Autorização<br>1 0 / 0 5 / 2 1 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                     | 6-Número da Guia Principal<br>8571243 | 7-Data Validade da Senha<br>0 8 / 0 8 / 2 1 |
| Dados do Beneficiário                                            |                                                                   |                                          |                                                           |                                       |                                             |
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 3 4 7 3 4 4 0 0 0 0 1 0 1    | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA     | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                             |
| 13-Nome<br>OSNIR DONIZETE DE OLIVEIRA                            |                                                                   | 14-Telefone<br>( ) -                     | 15-Nome do titular do plano<br>OSNIR DONIZETE DE OLIVEIRA |                                       |                                             |
| Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento                  |                                                                   |                                          |                                                           |                                       |                                             |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014                | 19-UF<br>SP                                               | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa                    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>2 6 1 5 5 7 5 4 8 1 0     | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014                | 24-UF<br>SP                                               | 25-Código CNES                        |                                             |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014                | 28-UF<br>SP                                               | 29-Código CBO S                       |                                             |

| 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 | 11              | V       | 1      | 6 1 0 0          | 0 0 0    |                                 | S      | 07/06/21              |                    |               |
| 2         | 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6       | RESTAURAÇÃO RESINA | 21              | V       | 1      | 6 1 0 0          | 0 0 0    |                                 | S      | 07/06/21              |                    |               |
| 3         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

DR. EMERSON VERSSETTI PALHUCHI  
 Cirurgião Dentista (UMESP)  
 CROSP 75014  
 CNPJ: 23.824.959/0001-33

DR. EMERSON VERSSETTI PALHUCHI  
 Cirurgião Dentista (UMESP)  
 CROSP 75014  
 CNPJ: 23.824.959/0001-33

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                     |                             |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>07/06/21 | 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 2 2 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>07/06/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>07/06/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>07/06/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



549422  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |                                                                   |                                        |                                                                |                                       |                                      |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/10/21                             | 4-Data de Autorização<br>12/10/21      | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                          | 6-Número da Guia Principal<br>8580325 | 7-Data Validade da Senha<br>10/08/21 |
| Dados do Beneficiário                                            |                                                                   |                                        |                                                                |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550601772102                     | 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>ANTONIO LUIZ FORNAZARE                                |                                                                   | 14-Telefone<br>25/09/1954              | 15-Nome do titular do plano<br>TANIA REGINA LONGATTO FORNAZARE |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |                                                                   |                                        |                                                                |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014              | 19-UF<br>SP                                                    | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014              | 24-UF<br>SP                                                    | 25-Código CNES                        |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014              | 28-UF<br>SP                                                    | 29-Código CBO S                       |                                      |

| 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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 12/05/21              |                    |               |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/06/21              |                    |               |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/06/21              |                    |               |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIH            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/06/21              |                    |               |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/06/21              |                    |               |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>01/06/21 | 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>178,00 | 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>01/06/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>01/06/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>01/06/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-N

550328  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |                                                                   |                                      |                                                               |                                       |                                      |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/05/21                             | 4-Data de Autorização<br>19/05/21    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                         | 6-Número da Guia Principal<br>8583653 | 7-Data Validade da Senha<br>11/08/21 |
| Dados do Beneficiário                                            |                                                                   |                                      | 2-N                                                           |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202537226600000101                     | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                           | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |
| 13-Nome<br>MARYSOL ROSA DOS SANTOS SUAREZ                        |                                                                   | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>MARYSOL ROSA DOS SANTOS SUAREZ |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |                                                                   |                                      | 025 - Faturar Empresa                                         |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014            | 19-UF<br>SP                                                   | 20-Código CBO S                       |                                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014            | 24-UF<br>SP                                                   | 25-Código CNES                        |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014            | 28-UF<br>SP                                                   | 29-Código CBO S                       |                                      |

| 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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/21              |                    |               |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/06/21              |                    |               |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/06/21              |                    |               |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/06/21              |                    |               |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/06/21              |                    |               |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                     |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>05/06/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 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>05/06/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>05/06/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/06/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|





# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

553516  
INTERCÂMBIO

|                                              |                                       |                                        |                                                |                                       |                                      |
|----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/05/21 | 4-Data de Autorização<br>19/05/21      | 5-Senha<br>AUTORIZADO                          | 6-Número da Guia Principal<br>8594175 | 7-Data Validade da Senha<br>15/08/21 |
| Dados do Beneficiário                        |                                       |                                        |                                                |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550600714901 | 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>IRENE MONTEALTO                   |                                       | 14-Telefone<br>04/02/1966              | 15-Nome do titular do plano<br>IRENE MONTEALTO |                                       |                                      |

|                                                                  |                                                                   |                           |             |                 |                          |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |                                                                   |                           |             |                 |                          |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES  |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S |                          |

| 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         | 0085400157                | COROA TOTAL METALO- | 21              |         | 1      | 1343,00          | 0,00     |                                 |        | 30/06/21              |                    | Jenista       |
| 2         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                   |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>30/06/21 | 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>1343,00 | 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(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.

|               |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
| 49-Observação |  |  |  |
|---------------|--|--|--|

|                                                                           |                                                               |                                                                       |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>30/06/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>30/06/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>30/06/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

553543  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/05/21 | 4-Data de Autorização<br>19/05/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8594251 | 7-Data Validade da Senha<br>15/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                      |                                                               |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202537226600000101 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                           | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>MARYSOL ROSA DOS SANTOS SUAREZ    |  |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>MARYSOL ROSA DOS SANTOS SUAREZ |                                       |

|                                                                  |  |                                                                   |  |                           |             |                                               |
|------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|-------------|-----------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |  | 18-Número no CRO<br>75014 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa   |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    |  | 23-Número no CRO<br>75014 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(I) 85100200 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |  |                                                                   |  | 27-Número no CRO<br>75014 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S<br>(I) 85100200               |

| 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 Glória | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------|---------------|
| 1-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 26              | OP      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 24/06/21              |                     |               |
| 2-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 27              | OP      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 24/06/21              |                     |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |

|                                                    |                                                                                                     |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>24/06/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Ortodontia 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>176,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, benefícios 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 na 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 |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>24/06/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>24/06/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|--|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|





2-N

556263  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>19/05/21 | 4-Data de Autorização<br>21/05/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8604200 | 7-Data Validade da Senha<br>17/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                                                |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202510550601273901 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA                         | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional da Saúde |
| 13-Nome<br>ELIZANGELA TRINDADE DE OLIVEIRA   |  | 14-Telefone<br>( ) -           | 15-Nome do titular do plano<br>ELIZANGELA TRINDADE DE OLIVEIRA |                                     |                                       |

|                                                                  |  |                                                                   |                           |                 |                                                |
|------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014 | 19-UF<br>SP     | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014 | 24-UF<br>SP     | 25-Código CNES<br>Enviar - RX (IF) 85400220-26 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |  | 27-Número no CRO<br>75014                                         | 28-UF<br>SP               | 29-Código CBO S |                                                |

| 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-        | 0085400220                | NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO   | 26              |         | 1      | 299,00           | 0,00     |                                 | S      | 05/06/21              |                    |               |
| 2-        | 0085400084                | COROA PROVISÓRIA SEM PINO | 26              |         | 1      | 154,00           | 0,00     |                                 | S      | 05/06/21              |                    |               |
| 3-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término de Tratamento<br>05/06/21 | 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>453,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 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>05/06/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>05/06/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/06/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|





556803  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |                                                                   |                                        |                                            |                                       |                                      |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br>19/05/21                             | 4-Data de Autorização<br>21/05/21      | 5-Senha<br>AUTORIZADO                      | 6-Número da Guia Principal<br>8606240 | 7-Data Validade da Senha<br>17/08/21 |
| Dados do Beneficiário                                            |                                                                   |                                        |                                            |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550600921601                     | 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>FABIO GOMES                                           |                                                                   | 14-Telefone<br>10/04/1982              | 15-Nome do titular do plano<br>FABIO GOMES |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |                                                                   |                                        |                                            |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014              | 19-UF<br>SP                                | 20-Código CBO S                       | 025 - Faturar Empresa                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014              | 24-UF<br>SP                                | 25-Código CNES                        |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014              | 28-UF<br>SP                                | 29-Código CBO S                       |                                      |

| 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-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 21/05/21              |                    | Fabio Gomes   |
| 2-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 14              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/06/21              |                    | Fabio Gomes   |
| 3-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 15              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/06/21              |                    | Fabio Gomes   |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                      |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>09/06/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Exame Radiológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>156,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 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>09/06/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>09/06/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/06/21 Fabio Gomes | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



561019  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |                                         |                                     |                                                                   |                                                             |                                        |                                       |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br>22/10/2015 | 4-Data de Autorização<br>25/10/2015 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                             | 6-Número da Guia Principal<br>8620116                       | 7-Data Validade da Senha<br>20/10/2015 | 2-Nº                                  |
| 8-Número da Carteira<br>00202509784001884101                     |                                         |                                     | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>QUALICORP ADMINISTRADORA DE                   | 11-Data Validade da Carteira           | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>RAPHAEL DE ABREU ALVES SILVA                          |                                         |                                     | 14-Telefone<br>( ) -                                              | 15-Nome do titular do plano<br>RAPHAEL DE ABREU ALVES SILVA |                                        |                                       |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         |                                         |                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                             | 18-Número no CRO<br>75014              |                                       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               |                                         |                                     | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    |                                                             | 19-UF<br>SP                            |                                       |
| 20-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                         |                                     | 23-Número no CRO<br>75014                                         |                                                             | 24-UF<br>SP                            |                                       |
| 25-Código CBO S                                                  |                                         |                                     | 26-UF<br>SP                                                       |                                                             | 27-Número no CRO<br>75014              |                                       |
| 28-UF<br>SP                                                      |                                         |                                     | 29-Código CBO S                                                   |                                                             | 30-Código CBO S                        |                                       |

025 -  
Faturar Empresa  
Enviar - RX  
(IF) 85400149-25

| 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-        | 0085400149                | COROA TOTAL METÁLICA | 25              | 1       |        | 472,00           | 0,00     |                                 |        | 26/06/21              |                    |               |
| 2-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                                           |                                                     |                                             |                                  |                            |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>26/06/21                        | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>472,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
| 49-Observação                                                             |                                                     |                                             |                                  |                            |                                         |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>26/06/21 |                                                     |                                             |                                  |                            |                                         |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>26/06/21             |                                                     |                                             |                                  |                            |                                         |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>26/06/21     |                                                     |                                             |                                  |                            |                                         |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa                                       |                                                     |                                             |                                  |                            |                                         |

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.



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

561020  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>22/10/21 | 4-Data de Autorização<br>25/10/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8620117 | 7-Data Validade da Senha<br>20/10/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                         |  |                                             |  |                                |                                                             |                                     |                                       |
|-----------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                   |  | 8-Número da Carteira<br>0020253747630000101 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                        | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>JOALISSON BARBOSA DOS SANTOS |  |                                             |  | 14-Telefone<br>19/04/1994      | 15-Nome do titular do plano<br>JOALISSON BARBOSA DOS SANTOS |                                     |                                       |

|                                                                  |  |                                                                |  |                                                                   |  |                           |                 |                 |                          |
|------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |  | 16-Atendimento a RN<br>N                                       |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |  | 18-Número no CRO<br>75014 | 19-UF<br>SP     | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |  | 23-Número no CRO<br>75014                                         |  | 24-UF<br>SP               | 25-Código CNES  |                 |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |  |                                                                |  | 27-Número no CRO<br>75014                                         |  | 28-UF<br>SP               | 29-Código CBO S |                 |                          |

| 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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 25/06/21              |                    |               |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/06/21              |                    |               |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/06/21              |                    |               |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/06/21              |                    |               |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIH            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/06/21              |                    |               |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>09/06/21 | 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>178,00 | 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>09/06/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>09/06/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/06/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



572302  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>02/06/21                                                                      |                 | 4-Data de Autorização<br>03/06/21                             |        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                       |          | 6-Número da Guia Principal<br>8659253                                 |        | 7-Data Validade da Senha<br>31/08/21  |                    | 2-N                                     |  |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550601772101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                                                                                                            |                 | 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>TANIA REGINA LONGATTO FORNAZARE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        | 14-Telefone<br>( ) -                        |          | 15-Nome do titular do plano<br>TANIA REGINA LONGATTO FORNAZARE        |        |                                       |                    |                                         |  |
| Dado do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                         |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI                                          |                 |                                                               |        | 18-Número no CRO<br>75014                   |          | 19-UF<br>SP                                                           |        | 20-Código CBO S                       |                    | 025 -<br>Faturar Empresa                |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI                                             |                 |                                                               |        | 23-Número no CRO<br>75014                   |          | 24-UF<br>SP                                                           |        | 25-Código CNES                        |                    |                                         |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        | 27-Número no CRO<br>75014                   |          | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLOGICA                                                                                      |                 |                                                               | 1      | 34,00                                       | 0,00     |                                                                       | S      | 03/06/21                              |                    |                                         |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                                                                    | HASD            |                                                               | 1      | 36,00                                       | 0,00     |                                                                       | S      | 18/06/21                              |                    |                                         |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                                                                    | HASE            |                                                               | 1      | 36,00                                       | 0,00     |                                                                       | S      | 18/06/21                              |                    |                                         |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                                                                    | HAIH            |                                                               | 1      | 36,00                                       | 0,00     |                                                                       | S      | 18/06/21                              |                    |                                         |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                                                                    | HAIE            |                                                               | 1      | 36,00                                       | 0,00     |                                                                       | S      | 18/06/21                              |                    |                                         |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                         |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                         |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                         |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                         |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                         |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                         |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                         |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                         |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                         |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                            |                 |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                         |  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>18/06/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           | 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>178,00                                      |        | 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) planejado(s) e/ou realizado(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>18/06/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>18/06/21 |        |                                             |          | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>18/06/21 |        |                                       |                    | 53-Data, local e Carimbo da Empresa     |  |



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



573303  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |                                                                   |                                        |                                                          |                                       |                                    |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/06/21                             | 4-Data de Autorização<br>04/06/21      | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                    | 6-Número da Guia Principal<br>8662438 | 7-Data Válida da Senha<br>01/09/21 |
| Dados do Beneficiário                                            |                                                                   |                                        |                                                          |                                       |                                    |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550601697501                     | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira                             | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                    |
| 13-Nome<br>GILBERTO FLOZINO DA COSTA                             |                                                                   | 14-Telefone<br>07/03/1963              | 15-Nome do titular do plano<br>GILBERTO FLOZINO DA COSTA |                                       |                                    |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |                                                                   |                                        |                                                          |                                       |                                    |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014              | 19-UF<br>SP                                              | 20-Código CBO S                       | 025 - Faturar Empresa              |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014              | 24-UF<br>SP                                              | 25-Código CNES                        |                                    |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014              | 28-UF<br>SP                                              | 29-Código CBO S                       |                                    |

| 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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/06/21              |                    |               |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/06/21              |                    |               |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/06/21              |                    |               |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/06/21              |                    |               |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/06/21              |                    |               |
| 6         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 24              | P       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/06/21              |                    |               |
| 7         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 46              | D       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/06/21              |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

**26.824.959/0001-35**  
**POLICLINICA ODONTOLÓGICA**  
**VERSSETTI & PALHUCHI LTDA**  
**INSISO**  
Rua Guadalupe, 78  
Santo André - SP  
CEP 09280-050 - Parque das Nações

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                              |                                                                       |                                                 |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>14/06/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Endodontia 5-Cirurgia | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                           | 46-Total Quantidade US<br>0,00                  | 47-Total Valor R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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) sob 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>14/06/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>14/06/21                                                | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>14/06/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>14/06/21 |                            |                                                 |