



1639985  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>06/10/23 | 4-Data de Autorização<br>10/10/23 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>11757447 | 7-Data Validade da Senha<br>04/01/24 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                                                 |                                            |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202510875100733904 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                  | 10-Empresa<br>CASTROLANCA COOPERATIVA      | 11-Data Validade de Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional da Saúde |
| 13-Nome<br>MARIA GABRIELA DE ALMEIDA RICARDO |  | 14-Telefone<br>( ) -                                            | 15-Data de Validade do Plano<br>23/08/2009 |                                     |                                       |
| 16-Endereço do Beneficiário                  |  | 17-Nome do Titular do Plano<br>ADRIANA APARECIDA COLAGO RICARDO |                                            |                                     |                                       |

|                                                                |                                                                               |                            |                 |                           |                          |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------|
| 18-Endereço do Profissional Solicitante<br>N                   | 19-Nome do Profissional Solicitante<br>X IMAGEM                               | 20-Número no CRO<br>113480 | 21-UF<br>SP     | 22-Código CBO S<br>09     | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 23-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>29614375000123          | 24-Nome do Contratado / Executante<br>X IMAGEM RADIOLOGIA ODONTOLOGICA EIRELI | 25-Número no CRC<br>113480 | 26-UF<br>SP     | 27-Código CAES<br>9314982 |                          |
| 28-Nome do Profissional Executante<br>CASSIO TADEU SANTOS MELO | 29-Número no CRO<br>113480                                                    | 30-UF<br>SP                | 31-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         | 00346                     | DOC ORTODONTICA "B" |                 |         | 1      | 346,00           | 0,00     |                                 |        | 14/10/23              |                   | Adriana       |
| 2         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 3         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 4         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 5         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

|                                               |                                                                                                            |                                            |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Tote 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>346,00 | 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>14/10/23 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>14/10/23 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>14/10/23 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>14/10/23 |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Cassio Tadeu Santos Melo  
CRO - 113480  
Cirurgião Dentista