



450026  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/01/21 | 4-Data de Autorização<br>05/02/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8180821 | 7-Data Validade da Senha<br>08/04/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                    |                                                  |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202532725800024101 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CONSELHO REGIONAL DE | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /              | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>RENEE SEIJI OKADA                 |  |                                | 14-Telefone<br>( ) -               | 15-Nome do titular do plano<br>RENEE SEIJI OKADA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                        |                                                         |                           |             |                                             |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                               | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>SILVANA LANZUOLO | 18-Número no CRO<br>31234 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08724519847     | 22-Nome do Contratado Executante<br>SILVANA LANZUOLO    | 23-Número no CRO<br>31234 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES                              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>SILVANA LANZUOLO |                                                         | 27-Número no CRO<br>31234 | 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      | 05/02/21              |                    |               |
| 2-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/02/21              |                    |               |
| 3-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/02/21              |                    |               |
| 4-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/02/21              |                    |               |
| 5-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/02/21              |                    |               |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>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>05/02/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>05/02/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/02/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>05/02/21 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|