



415187  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>09/11/20 | 4-Data de Autorização<br>09/11/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50204898 | 7-Data Validade da Senha<br>07/02/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                          |                                |                                 |                                                |                                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0037000029947912 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>ELAINE FERREIRA - | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /            | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>705609479120615 |
| 13-Nome<br>LEONARDO FLACH                |                                | 14-Telefone<br>17/10/1974       | 15-Nome do titular do plano<br>ELAINE FERREIRA |                                                          |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                               |                           |             |                 |                          |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>DENISE MONTEIRO CABRAL | 18-Número no CRO<br>36511 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S | 801 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>06920487748           | 22-Nome do Contratado Executante<br>DENISE MONTEIRO CABRAL    | 23-Número no CRO<br>36511 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CINES |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>DENISE MONTEIRO CABRAL |                                                               | 27-Número no CRO<br>36511 | 28-UF<br>RJ | 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-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | / /                   | / /                |               |
| 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-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br> |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|

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<br> |
|-------------------|

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