



360553  
INTERCÂMBIO

|                                              |                                       |                                        |                                                       |                                       |                                      |
|----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>20/08/20 | 4-Data de Autorização<br>10/09/20      | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                 | 6-Número da Guia Principal<br>7804121 | 7-Data Validade da Senha<br>18/11/20 |
| Dados do Beneficiário                        |                                       |                                        |                                                       |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550601429601 | 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>MARIZETE SILVA SANTANA            |                                       | 14-Telefone<br>04/02/1965              | 15-Nome do titular do plano<br>MARIZETE SILVA SANTANA |                                       |                                      |

|                                                                        |                                                                         |                            |             |                 |                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                        |                                                                         |                            |             |                 |                                                                                                    |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                               | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS | 18-Número no CRO<br>116653 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa                                                                           |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>36306515852                     | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS    | 23-Número no CRO<br>116653 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES  | Enviar - RX<br>(I) 85100200 (I) 85100218<br>(I) 85100200 (I) 85100218<br>(I) 85100218 (I) 85100218 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS |                                                                         | 27-Número no CRO<br>116653 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S |                                                                                                    |

| 30-Tabeta    | 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      | 21/08/20              |                    | Marizete      |
| 2-0085100200 |                           | RESTAURAÇÃO RESINA    | 38              | OM      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 10/09/20              |                    | Marizete      |
| 3-0085100200 |                           | RESTAURAÇÃO RESINA    | 34              | MO      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 07/09/20              |                    | Marizete      |
| 4-0085100218 |                           | RESTAURAÇÃO RESINA    | 35              | ODM     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | S      | 07/09/20              |                    | Marizete      |
| 5-0085100218 |                           | RESTAURAÇÃO RESINA    | 45              | ODM     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | S      | 24/08/20              |                    | Marizete      |
| 6-0085100218 |                           | RESTAURAÇÃO RESINA    | 46              | DOM     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | S      | 24/08/20              |                    | Marizete      |
| 7-0085100218 |                           | RESTAURAÇÃO RESINA    | 47              | DOM     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | S      | 24/08/20              |                    | Marizete      |
| 8-           |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-           |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-          |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-          |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-          |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-          |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-          |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-          |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>20/09/20 | 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>698,00 | 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>20/09/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado<br>20/09/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>20/09/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|