



346950  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>28/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>28/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50179512 | 7-Data Validade da Senha<br>26/11/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                          |                                |                                         |                                     |                                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0037000030928306 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIMED SAUDE E ODONTO S/A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>898004873482099 |
|------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                           |                           |                                                               |
|-------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>KAISSY KELLY FARIA REIS DA SIL | 14-Telefone<br>23/11/2000 | 15-Nome do titular do plano<br>KAISSY KELLY FARIA REIS DA SIL |
|-------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                 |                           |             |                       |                          |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODONTO CRISTAL DENTISTAS | 18-Número no CRO<br>37362 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>06 | 801 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                    |                                                                              |                           |             |                |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08183611745 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANDRESSA LOURENCO PEREIRA DA COSTA SILVA | 23-Número no CRO<br>37362 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                                                                |                           |             |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANDRESSA LOURENCO PEREIRA DA COSTA SILVA | 27-Número no CRO<br>37362 | 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-Assine |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-----------|
| 1         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 38,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/07/20              |                    | x 10      |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 38,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/07/20              |                    | x 10      |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 38,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/07/20              |                    | x 10      |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 38,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/07/20              |                    | x 10      |
| 5         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 47,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/07/20              |                    | x 10      |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |           |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |           |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |           |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |           |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |           |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |           |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |           |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |           |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |           |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |           |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>29/07/20 | 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>199,00 | 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 pre 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, 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>29/07/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>29/07/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/07/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>Clínica Odontológica Gama Cristal Ltda - M.E.<br>CNPJ: 18.119.798/0001-50<br>CRO da Clínica: EPAO 3851 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|