



376351  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>16/09/20 | 4-Data de Autorização<br>05/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7875680 | 7-Data Validade da Senha<br>15/12/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                               |  |                                        |  |                                                                   |  |                                       |  |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Dados do Beneficiário                        |  | 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 |  |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550600844401 |  | 13-Nome<br>CECILIA ALTILINO DE OLIVEIRA FAZAN |  | 14-Telefone<br>(16) 9712-6452          |  | 15-Nome do titular do plano<br>CECILIA ALTILINO DE OLIVEIRA FAZAN |  |                                       |  |

|                                                                  |  |                                                                   |  |                                                    |  |                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |  | 18-Número no CRO<br>59922                                         |  | 19-UF<br>SP                                        |  | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa                       |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL |  | 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>16719116878 |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL |  |
| 23-Número no CRO<br>59922                                        |  | 24-UF<br>SP                                                       |  | 25-Código CNES                                     |  |                                                                |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL |  | 27-Número no CRO<br>59922                                         |  | 28-UF<br>SP                                        |  | 29-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 Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLOGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    |               |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    |               |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/10/20              |                    |               |
| 4         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>05/10/20 | 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>106,00 | 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>05/10/2020 Dr. Fábio Augusto Curti Miguel | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Responsável<br>05/10/2020 Dr. Fábio Augusto Curti Miguel | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/10/2020 Cecília Altino de Oliveira Fazan | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|