

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



306825  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>16/04/2017 | 4-Data de Autorização<br>17/04/2017 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7515456 | 7-Data Validade de Senha<br>15/07/2017 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                       |  |                                              |                                |                                      |                                     |                                       |
|-----------------------|--|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário |  | 8-Número da Carteira<br>00202524520000039901 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>GERSP GREMIO ESPORTIVO | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------|--|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                             |                              |                                     |                                                 |
|---------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>ILKA MICHELE SANTOS BUENO PIPOLI | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Data de Nascimento<br>29/01/1982 | 16-Endereço<br>ILKA MICHELE SANTOS BUENO PIPOLI |
|---------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|

|                                                 |  |  |  |
|-------------------------------------------------|--|--|--|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |  |  |  |
|-------------------------------------------------|--|--|--|

|                          |                                                                 |                          |             |                 |                          |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|
| 18-Atendimento a RH<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JESSICA DUARTE RODOVALHO | 18-Número no CRO<br>6758 | 19-UF<br>MS | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|

|                                                    |                                                              |                          |             |                |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>03685754177 | 22-Nome do Contratado Executante<br>JESSICA DUARTE RODOVALHO | 23-Número no CRO<br>6758 | 24-UF<br>MS | 25-Código CNES |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|

|                                                                |                          |             |                 |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JESSICA DUARTE RODOVALHO | 27-Número no CRO<br>6758 | 28-UF<br>MS | 29-Código CBO S |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|

| Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado |                           |                         |                 |         |        |                  |          |  |  | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo de Glosa | 42-Assinatura |
|-----------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|--|--|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 30-Tabele                                     | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 1                                             | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 2                                             | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 3                                             | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 4                                             | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 5                                             | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 6                                             |                           |                         |                 |         |        |                  |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 7                                             |                           |                         |                 |         |        |                  |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 8                                             |                           |                         |                 |         |        |                  |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 9                                             |                           |                         |                 |         |        |                  |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 10                                            |                           |                         |                 |         |        |                  |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 11                                            |                           |                         |                 |         |        |                  |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 12                                            |                           |                         |                 |         |        |                  |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 13                                            |                           |                         |                 |         |        |                  |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 14                                            |                           |                         |                 |         |        |                  |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 15                                            |                           |                         |                 |         |        |                  |          |  |  |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto 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(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>16/04/2017 Dra. Jessica Duarte Rodvalho<br>Cirurgiã Dentista<br>CRO/MS 6758 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>17/04/2017 Dra. Jessica Duarte Rodvalho<br>Cirurgiã Dentista<br>CRO/MS 6758 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>17/04/2017<br>30P | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



306848  
INTERCAMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>16/04/20 | 4-Data de Autorização<br>17/04/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 8-Número da Guia Principal<br>7515706 | 7-Data Validade de Senha<br>15/07/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                             |  |                                                                 |                                      |                                     |                                       |
|---------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                       |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                  | 10-Empresa<br>GERSP GREMIO ESPORTIVO | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 8-Número da Carteira<br>0020252452000039901 |  | 13-Nome<br>ILKA MICHELE SANTOS BUENO PIPOLI                     |                                      | 14-Telefone<br>( ) -                |                                       |
|                                             |  | 15-Nome do titular do plano<br>ILKA MICHELE SANTOS BUENO PIPOLI |                                      |                                     |                                       |

|                                                                |  |                                                              |                                                                 |                          |                 |                                                |
|----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |  | 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JESSICA DUARTE RODOVALHO | 18-Número no CRO<br>6758 | 19-UF<br>MS     | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0385754177              |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>JESSICA DUARTE RODOVALHO |                                                                 | 23-Número no CRO<br>6758 | 24-UF<br>MS     | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(1) 81000421- |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JESSICA DUARTE RODOVALHO |  | 27-Número no CRO<br>6758                                     |                                                                 | 28-UF<br>MS              | 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 de Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|---------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 00181000421               | RX PERIAPICAL | RMID            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | / /                   |                    |               |
| 2         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 3         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 4         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 5         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 6         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 7         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 8         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 9         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 10        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 11        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 12        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 13        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 14        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 15        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto 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>14,00 | 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 e o 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<br>16/04/20<br>Dra. Jessica Duarte Rodovalho<br>Cirurgiã Dentista<br>CRO/MS 6758 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>17/04/20<br>Ilka Michele Santos Bueno Pipoli<br>/ / | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|





## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A\*

306932  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 3-Data de Emissão de Guia<br>17/10/2014                                                                                           | 4-Data de Autorização<br>17/10/2014                                                                      | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                           | 6-Número de Guia Principal<br>7516392 | 7-Data Validade da Senha<br>16/10/2014  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 8-Número da Carteira<br>00202524520000039901                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                                                    | 10-Empresa<br>GERSP GREMIO ESPORTIVO                                                                     | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                             | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                         |
| 13-Nome<br>ILKA MICHELE SANTOS BUENO PIPOLI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                   | 14-Telefone<br>( ) -                                                                                     | 15-Nome do titular do plano<br>ILKA MICHELE SANTOS BUENO PIPOLI |                                       |                                         |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JESSICA DUARTE RODOVALHO                                                                   | 18-Número no CRO<br>6758                                                                                 | 19-UF<br>MS                                                     | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>03885754177                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 22-Nome do Contratado Executante<br>JESSICA DUARTE RODOVALHO                                                                      | 23-Número no CRO<br>6758                                                                                 | 24-UF<br>MS                                                     | 25-Código CNES                        |                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JESSICA DUARTE RODOVALHO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                   | 27-Número no CRO<br>6758                                                                                 | 28-UF<br>MS                                                     | 29-Código CBO S                       |                                         |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 31-Código do Procedimento                                                                                                         | 32-Descrição                                                                                             | 33-Dente/Região                                                 | 34-Face                               | 35-Qtd                                  |
| 1-0085100196                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                   | RESTAURAÇÃO RESINA                                                                                       | 47                                                              | O                                     | 1                                       |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                 |                                       |                                         |
| 43-Data Previsto 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>61,00                                 | 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 Profissional Solicitante<br>17/10/2014 Dra. Jessica Duarte Rodovalho<br>Cirurgiã Dentista<br>CRO/MS 6758                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>17/10/2014 Dra. Jessica Duarte Rodovalho<br>Cirurgiã Dentista<br>CRO/MS 6758 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/10/2014 Ilka Michele Santos Bueno Pipoli | 53-Data, local e Carimbo da Empresa                             |                                       |                                         |



311717  
INTERCÂMBIO

|                                                                |                                                                 |                                      |                                                                 |                                       |                                          |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/05/2011                         | 4-Data de Autorização<br>11/05/2011  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                           | 6-Número da Guia Principal<br>7551946 | 7-Data Validade da Senha<br>06/08/2011   |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                                 |                                      |                                                                 |                                       |                                          |
| 8-Número da Carteira<br>00202524520000039901                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                  | 10-Empresa<br>GERSP GREMIO ESPORTIVO | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                             | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                          |
| 13-Nome<br>ILKA MICHELE SANTOS BUENO PIPOLI                    |                                                                 | 14-Telefone<br>( ) - /               | 15-Nome do titular do plano<br>ILKA MICHELE SANTOS BUENO PIPOLI |                                       |                                          |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |                                                                 |                                      |                                                                 |                                       |                                          |
| 16-Aliamento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JESSICA DUARTE RODOVALHO |                                      | 18-Número no CRO<br>6758                                        | 19-UF<br>MS                           | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>03885754177             | 22-Nome do Contratado Executante<br>JESSICA DUARTE RODOVALHO    |                                      | 23-Número no CRO<br>6758                                        | 24-UF<br>MS                           | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JESSICA DUARTE RODOVALHO |                                                                 | 27-Número no CRO<br>6758             | 28-UF<br>MS                                                     | 29-Código CBO S                       |                                          |

| 30-Tabeleia  | 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 |
|--------------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0085100196 |                           | RESTAURAÇÃO RESINA | 45              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        |                       |                    |               |
| 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>61,00 | 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 no 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>08/05/2011 Dra. Jéssica Duarte Rodovalho<br>Cirurgiã Dentista<br>CRO/MS 6758 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/05/2011 Dra. Jéssica Duarte Rodovalho<br>Cirurgiã Dentista<br>CRO/MS 6758 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/05/2011<br>Ilka Michele Santos Bueno Pipoli | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|