



477361  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/02/21 | 4-Data de Autorização<br>23/02/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8300453 | 7-Data Validade da Senha<br>16/05/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                             |                                |                                           |                                                          |                                       |
|---------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020253076090000401 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>MEDILAR EMERGENCIAS MEDICAS | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>CRISTHIAN HALLEY DE PAULA        |                                | 14-Telefone<br>( ) -                      | 15-Nome do titular do plano<br>CRISTHIAN HALLEY DE PAULA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                            |                                                             |                          |             |                                             |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                   | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MAURIEM DE SOUZA PES | 18-Número no CRO<br>3754 | 19-UF<br>SC | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>88897753949         | 22-Nome do Contratado Executante<br>MAURIEM DE SOUZA PES    | 23-Número no CRO<br>3754 | 24-UF<br>SC | 25-Código CNES                              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MAURIEM DE SOUZA PES |                                                             | 27-Número no CRO<br>3754 | 28-UF<br>SC | 29-Código CBO S                             |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/02/21              |                    |               |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                              |                                               |                                 |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>23/02/2021 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 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>23/02/2021 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>23/02/2021 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>23/02/2021 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|