



2552752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/25	4-Data de Autorização 24/11/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14639348	7-Data Validade da Senha 20/01/26
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025020001100005301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO POUPANCA E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702809655980964
13-Nome KAILANE FERREIRA SILVA		14-Telefone 19/03/2003 () - - - - -	15-Nome do titular do plano KAILANE FERREIRA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYNA AQUINO ROSSATO		18-Número no CRO 164685	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38386261000164		22-Nome do Contratado Executante POLIMED ODONTO LTDA ME	23-Número no CRO 152119	24-UF SP	25-Código CNES 0944203
26-Nome do Profissional Executante MAYNA AQUINO ROSSATO		27-Número no CRO 164685	28-UF 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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00			21/11/25		Kailane F. Silva
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 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 Kailane F. Silva	POLIMED ODONTO LTDA CNPJ: 38.386.261/0001-64		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/25 Mayna	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/25 Mayna	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/25



2555203
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/25	4-Data de Autorização 24/11/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14647194	7-Data Validade da Senha 23/01/26
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa COOP DE CREDITO POUPANCA E		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702809655980964	
8-Número da Carteira 0020250200001100005301		13-Nome KAILANE FERREIRA SILVA		14-Telefone () - /		15-Data Validade do Plano 19/03/2003		15-Nome do titular do plano KAILANE FERREIRA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MAYNA AQUINO ROSSATO		18-Número no CRO 164685		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38386261000164		22-Nome do Contratado Executante POLIMED ODONTO LTDA ME		23-Número no CRO 152119		24-UF SP		25-Código CNES 0944203		26-Nome do Profissional Executante MAYNA AQUINO ROSSATO	
				27-Número no CRO 164685		28-UF 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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			24/11/25		Kailane F. Silva
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 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 x Kailane F. Silva	POLIMED ODONTO LTDA CNPJ: 38.386.261/0001-64
-------------------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/25 Rossato	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/25 Amato	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/25
---	---	---	---