



435630  
INTERCÂMBIO

|                                                                    |                                       |                                                                  |                                                               |                                                                        |                                      |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>07/12/20 | 4-Data de Autorização<br>08/12/20                                | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                         | 6-Número da Guia Principal<br>8121978                                  | 7-Data Validade da Senha<br>07/03/21 |
| Dados do Beneficiário                                              |                                       |                                                                  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                         |                                                                        |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550600402201                       | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA        | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA                           | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                           |                                                                        |                                      |
| 13-Nome<br>DANIEL DE JESUS                                         |                                       | 14-Telefone<br>( ) -                                             | 15-Nome do titular do plano<br>DANIEL DE JESUS                |                                                                        |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           |                                       |                                                                  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ENDOHEALTH ODONTOLOGIA |                                                                        |                                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>02565284977                 |                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>VIVIANE LEAL SPECIAN BARBOSA | 18-Número no CRO<br>80671                                     | 19-UF<br>SP                                                            | 20-Código CBO S<br>04                |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>VIVIANE LEAL SPECIAN BARBOSA |                                       | 23-Número no CRO<br>80671                                        | 24-UF<br>SP                                                   | 25-Código CNES                                                         | 27-Valor<br>025 - Faturar Empresa    |
| 27-Número no CRO<br>80671                                          |                                       | 28-UF<br>SP                                                      | 29-Código CBO S                                               | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(I) 81000421-RPSE<br>(IF) 85200166-24 |                                      |

| 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-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RPSE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/12/20              |                    |               |
| 2-        | 0085200166                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 24              |         | 1      | 258,00           | 0,00     |                                 | S      | 08/12/20              |                    |               |
| 3-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA  |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/12/20              |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>08/12/20 | 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>306,00 | 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>08/12/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/12/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/12/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|