



344732  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>23/10/17 | 4-Data de Autorização<br>29/10/17 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7731233 | 7-Data Validade da Senha<br>21/11/18 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                 |                                           |                                                         |                                       |
|----------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202521505900001403 | 10-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>QUALICORP ADMINISTRADORA DE | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                     | 12-Número de Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>EMANUELE MENDES PARMAGNANI        |                                 | 14-Teléfono<br>15/02/1997                 | 15-Nome do titular do plano<br>ROSANE MENDES PARMAGNANI |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                                             |                          |             |                       |                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>4992 | 19-UF<br>DF | 20-Código CBO S<br>01 | 025 -<br>Faturar Empresa                                                                           |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>61128201100           | 22-Nome do Contratado Executante<br>YEDA ALMEIDA RODRIGUES                  | 23-Número no CRO<br>4992 | 24-UF<br>DF | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(I) 85100218 (I) 85100218<br>(I) 85100218 (I) 85100218<br>(I) 85100218 (I) 85100200 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>YEDA ALMEIDA RODRIGUES |                                                                             | 27-Número no CRO<br>4992 | 28-UF<br>DF | 29-Código CBO S       |                                                                                                    |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabeta | 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 |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 85100218                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 21              | DVP     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 |        | 10/10/18              |                    | Emp           |
| 2-00      | 85100218                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 11              | MVP     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 |        | 30/10/18              |                    | Emp           |
| 3-00      | 85100218                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 12              | MDP     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 |        | 30/10/18              |                    | Emp           |
| 4-00      | 85100218                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 13              | DVP     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 |        | 10/11/18              |                    | Emp           |
| 5-00      | 85100218                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 14              | MOD     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 |        | 10/11/18              |                    | Emp           |
| 6-00      | 85100218                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 15              | MO      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 |        | 10/11/18              |                    | Emp           |
| 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>698,00 | 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 Profissional Solicitante<br>23/10/17 Cirurgia Dentista CRO-DF 4992 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>13/11/18 Cirurgia Dentista CRO-DF 4992 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/11/18 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|