

Cirurgião Dentista: 75014/SP - EMERSON VERSSETTI PALHUCHI (15376) - PRESTADOR

| Guia     | Número Cartão        | Nome do Beneficiário                   | Data       | Tp Ato | Vir Bruto | Glosa | Descrição                              | Valor  |
|----------|----------------------|----------------------------------------|------------|--------|-----------|-------|----------------------------------------|--------|
| 489785-I | 00202534734400000101 | PJ- OSNIR DONIZETE DE OLIVEIRA         | 03/03/2021 | COB    | 29,20     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - (73 / 1) = 73 X 0,4 =   | 29,20  |
| 489795-I | 0020253388600000101  | PJ- WILLIAM JOSEPH PEREIRA             | 03/03/2021 | COB    | 24,40     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - (81 / 1) = 81 X 0,4 =   | 24,40  |
| 492793-I | 00202510550601748701 | PJ- DALVA DOS SANTOS                   | 06/03/2021 | COB    | 71,20     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - (178 / 1) = 178 X 0,4 = | 71,20  |
| 492836-I | 00202504908500771101 | PJ- KELLY CRISTINA COSTA               | 06/03/2021 | COB    | 71,20     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - (178 / 1) = 178 X 0,4 = | 71,20  |
| 495219-I | 00202535091800000101 | PJ- VIVIANE DO CARMO DE JESUS SILVA    | 09/03/2021 | COB    | 181,20    | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - (453 / 1) = 453 X 0,4 = | 181,20 |
| 496626-I | 00202510550600714901 | PJ- IRENE MONTEALTO                    | 11/03/2021 | COB    | 181,20    | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - (453 / 1) = 453 X 0,4 = | 181,20 |
| 498175-I | 00202510550600859102 | PJ- TEREZA ABRANTI DOS SANTOS          | 12/03/2021 | COB    | 57,60     | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - (144 / 1) = 144 X 0,4 = | 57,60  |
| 499603-I | 00202510550600320501 | PJ- LEIDINALVA APARECIDA TIBAES SANTOS | 15/03/2021 | COB    | 213,20    | 0,00  | PARC: 1 DE 1 - (533 / 1) = 533 X 0,4 = | 213,20 |





489785  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/03/21 | 4-Data de Autorização<br>04/03/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8350969 | 7-Data Validade da Senha<br>01/06/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                             |  |                                |                                                           |                                     |                                       |
|---------------------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020253473440000101 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                      | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>OSNIR DONIZETE DE OLIVEIRA       |  | 14-Telefone<br>31/08/1960      | 15-Nome do titular do plano<br>OSNIR DONIZETE DE OLIVEIRA |                                     |                                       |

|                                                                  |  |                                                                   |  |                           |                 |                 |                          |
|------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |  | 18-Número no CRO<br>75014 | 19-UF<br>SP     | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    |  | 23-Número no CRO<br>75014 | 24-UF<br>SP     | 25-Código CNES  |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |  | 27-Número no CRO<br>75014                                         |  | 28-UF<br>SP               | 29-Código CBO S |                 |                          |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição         | 33-Dente/Região | 34-Faca | 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-        | 0082000875                | EXODONTIA SIMPLES DE | 36              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 |        | 12/05/21              |                    |               |
| 2-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

26.824.959/0001-35  
POLICLINICA ODONTOLOGICA  
VERSSETTI & PALHUCHI LTDA  
INSISO

26.824.959/0001-35  
POLICLINICA ODONTOLOGICA  
VERSSETTI & PALHUCHI LTDA  
INSISO  
Rua Guadalupe, 78  
CEP 09280-050 - Parque das Nações  
Santo André - SP

|                                                    |                                                                                                            |                                               |                            |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>12/05/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Franquia Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcelado | 46-Valor Total R\$<br>0,00 | 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, 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>12/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



489795  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/03/21 | 4-Data de Autorização<br>04/03/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8351026 | 7-Data Validade da Senha<br>01/06/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                            |                                |                                                       |                                     |                                       |
|--------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002025338860000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>WILLIAM JOSEPH PEREIRA          | 14-Telefone<br>15/08/1987      | 15-Nome do titular do plano<br>WILLIAM JOSEPH PEREIRA |                                     |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                  |                                                                   |                           |                 |                                          |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014 | 19-UF<br>SP     | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>2615575410                | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014 | 24-UF<br>SP     | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 27-Número no CRO<br>75014                                         | 28-UF<br>SP               | 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         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 41              | I       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 09/03/21              |                    | William       |
| 2         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

26.824.959/0001-35  
POLICLINICA ODONTOLÓGICA  
VERSSETTI & PALHUCHI LTDA  
INSISO  
Rua Guadalupe, 78  
CEP 09280-050 - Parque das Nações  
Santo André - SP

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>09/03/21 | 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 Cirurgião-Dentista Solicitante<br>09/03/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>09/03/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/03/21 - William | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



492793  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>06/03/21 | 4-Data de Autorização<br>10/03/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8362503 | 7-Data Validade da Senha<br>04/06/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                        |                                                 |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202510550601748701 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /             | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>DALVA DOS SANTOS                  |  |                                | 14-Telefone<br>( ) -                   | 15-Nome do titular do plano<br>DALVA DOS SANTOS |                                       |

|                                                                  |  |                                                                   |                           |             |                                          |
|------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |  |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014 | 28-UF<br>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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLOGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 10/03/21              |                    |               |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    |               |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    |               |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    |               |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIH            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    |               |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>27/05/21 | 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>27/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>27/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>27/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



492836  
INTERCÂMBIO

|                                                                   |                                         |                                                                |                                        |                                                     |                                             |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                          | 3-Data de Emissão da Guia<br>06/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>10/03/2012                            | 5-Senha<br>AUTORIZADO                  | 6-Número da Guia Principal<br>8362609               | 7-Data Validade da Senha<br>04/06/2012      |
| 8-Número da Carteira<br>00202504908500771101                      |                                         | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>POSITIVO INFORMATICA S A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde       |
| 13-Nome<br>KELLY CRISTINA COSTA                                   |                                         |                                                                | 14-Telefone<br>( ) -                   | 15-Nome do titular do plano<br>KELLY CRISTINA COSTA |                                             |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          |                                         |                                                                |                                        |                                                     |                                             |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                         |                                                                | 18-Número no CRO<br>75014              | 19-UF<br>SP                                         | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810                |                                         | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                        | 23-Número no CRO<br>75014                           | 24-UF<br>SP                                 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI  |                                         | 27-Número no CRO<br>75014                                      |                                        | 28-UF<br>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 Guia | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 10/03/21              |                   |               |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                   |               |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                   |               |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                   |               |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                   |               |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                     |                                                                      |                                  |                                                                       |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data prevista Término de Tratamento<br>25/04/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Criodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00                                            | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
| <p>Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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, 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.</p> |                                                                                                                                     |                                                                      |                                  |                                                                       |                                         |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                     |                                                                      |                                  |                                                                       |                                         |
| 50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante<br>25/04/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                     | 51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista<br>25/04/21        |                                  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>25/04/21 |                                         |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                     |                                                                      |                                  |                                                                       |                                         |

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



495219  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |                                                                   |                                      |                                                                |                                       |                                      |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br>09/03/21                             | 4-Data de Autorização<br>10/03/21    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                          | 6-Número da Guia Principal<br>8371618 | 7-Data Validade da Senha<br>07/06/21 |
| Dados do Beneficiário                                            |                                                                   |                                      |                                                                |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202535091800000101                     | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                            | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |
| 13-Nome<br>VIVIANE DO CARMO DE JESUS SILVA                       |                                                                   | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>VIVIANE DO CARMO DE JESUS SILVA |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |                                                                   |                                      |                                                                |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014            | 19-UF<br>SP                                                    | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014            | 24-UF<br>SP                                                    | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>(IF) 85400220-45      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014            | 28-UF<br>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         | 0085400220                | NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO   | 45              |         | 1      | 299,00           | 0,00     |                                 | S      | 31/05/21              |                    | Guarant       |
| 2         | 0085400084                | COROA PROVISÓRIA SEM PINO | 45              |         | 1      | 154,00           | 0,00     |                                 | S      | 31/05/21              |                    | Guarant       |
| 3         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                     |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>31/05/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>453,00 | 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 apresentado, 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>31/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>31/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>31/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



496626  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |                                                                   |                                        |                                                |                                       |                                        |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/10/2012                           | 4-Data de Autorização<br>11/10/2012    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                          | 6-Número da Guia Principal<br>8377550 | 7-Data Validade da Senha<br>09/10/2012 |
| Dados do Beneficiário                                            |                                                                   |                                        |                                                |                                       |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550600714901                     | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /            | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                        |
| 13-Nome<br>IRENE MONTEALTO                                       |                                                                   | 14-Telefone<br>( ) -                   | 15-Nome do titular do plano<br>IRENE MONTEALTO |                                       |                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |                                                                   |                                        |                                                |                                       |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014              | 19-UF<br>SP                                    | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014              | 24-UF<br>SP                                    | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>(IF) 85400220-21        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014              | 28-UF<br>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         | 0085400220                | NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO   | 21              |         | 1      | 299,00           | 0,00     |                                 | S      | 13/05/21              |                    |               |
| 2         | 0085400084                | COROA PROVISÓRIA SEM PINO | 21              |         | 1      | 154,00           | 0,00     |                                 | S      | 13/05/21              |                    |               |
| 3         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>15/05/21 | 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>453,00 | 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 apresentado, 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>15/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>15/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>15/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



|                                              |                                       |                                        |                                                            |                                       |                                      |
|----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/03/21 | 4-Data de Autorização<br>12/03/21      | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                      | 6-Número da Guia Principal<br>8383409 | 7-Data Validade da Senha<br>10/06/21 |
| Dados do Beneficiário                        |                                       |                                        |                                                            |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550600959102 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA        | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |
| 13-Nome<br>TEREZA ABRANTI DOS SANTOS         |                                       | 14-Telefone<br>05/06/1961              | 15-Nome do titular do plano<br>DOUGLAS FERREIRA DOS SANTOS |                                       |                                      |

|                                                                  |                                                                   |                           |             |                                          |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014 | 28-UF<br>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 | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 31/05/21              |                    | <i>[Signature]</i> |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 31/05/21              |                    | <i>[Signature]</i> |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 31/05/21              |                    | <i>[Signature]</i> |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 31/05/21              |                    | <i>[Signature]</i> |
| 5         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                    |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                    |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                    |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                    |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                    |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                    |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                    |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                    |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                    |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                    |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                    |

|                                                    |                                                                                                     |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>31/05/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exatodonto 3-Endodôntia 4-Urgência/Emergência | 45-Total Quantidade US<br>144,00 | 46-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos e custos do tratamento, conforme acima apresentado, 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), não 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>31/05/21 <i>[Signature]</i> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>31/05/21 <i>[Signature]</i> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>31/05/21 <i>[Signature]</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>16/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8388993 | 7-Data Validade da Senha<br>13/10/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

499803  
INTERCÂMBIO

|                                               |  |                                |                                        |                                                                   |                                       |
|-----------------------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202510550600320501  |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                               | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>LEIDINALVA APARECIDA TIBAES SANTOS |  |                                | 14-Telefone<br>12/10/1979              | 15-Nome do titular do plano<br>LEIDINALVA APARECIDA TIBAES SANTOS |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                  |                                                                   |                           |             |                                                |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI | 18-Número no CRO<br>75014 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26155754810               | 22-Nome do Contratado Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI    | 23-Número no CRO<br>75014 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES<br>Enviar - RX (IF) 85200158-16 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EMERSON VERSSETTI PALHUCHI |                                                                   | 27-Número no CRO<br>75014 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S                                |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dente/Raiz | 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         | 0085200158                | TRATAMENTO ENDODONTICO | 16            |         | 1      | 533,00           | 0,00     |                                 |        | 11/06/12              |                    |               |
| 2         |                           |                        |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                        |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                        |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                        |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                        |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                        |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                        |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                        |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                        |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                        |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                        |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                        |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                        |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                        |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

26.824.959/0001-35  
POLICLINICA ODONTOLÓGICA  
VERSSETTI & PALHUCHI LTDA  
INSISO

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/06/12 | 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-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

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>11/06/12 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/06/12 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|