



401457  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                        |                                       |                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>21/11/2020 | 4-Data de Autorização<br>03/11/2020 | 5-Serção<br>AUTORIZADO | 6-Número de Guia Principal<br>7981243 | 7-Data Validade da Serção<br>19/10/2021 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|

|                                              |                                |                                      |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202527213400000101 | 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>DAPHNE KATAE FIGUEIREDO | 14-Telefone<br>(11) 29512889 | 15-Nome do titular do plano<br>DAPHNE KATAE FIGUEIREDO |
|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|

6-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento: 21/02/1994

|                          |                                                                  |                           |             |                       |                          |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR | 18-Número no CRO<br>30136 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>10 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                    |                                                                 |                           |             |                |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>04450751809 | 22-Nome do Contratado Executante<br>NORA CLAROS BAUTISTA PATINO | 23-Número no CRO<br>30136 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                                                   |                           |             |                 |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NORA CLAROS BAUTISTA PATINO | 27-Número no CRO<br>30136 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Ragão | 34-Face | 35-Qnt | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Medico da Clínica | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------|---------------|
| 1         | 010810000065              | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 03/11/20              |                      |               |
| 2         |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 3         |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 4         |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 5         |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 6         |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 7         |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 8         |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 9         |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 10        |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 11        |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 12        |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 13        |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 14        |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 15        |                           |                       |                |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão 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>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                               |                                                                         |                                                                    |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante<br>03/11/20 N. Patino | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>03/11/20 N. Patino | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ / x | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|