



2069366  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>16/11/2014 | 4-Data de Autorização<br>24/11/2014 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>13091220 | 7-Data Validade da Senha<br>14/10/2015 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                                               |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202511745290000101 | 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>FRANCISCA HELIA ALVES OLIVEIRA    |                                | 14-Telefone<br>( ) - -               | 15-Nome do titular do plano<br>FRANCISCA HELIA ALVES OLIVEIRA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                 |                                                                  |                          |             |                           |                          |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLIORP                    | 18-Número no CRO<br>8958 | 19-UF<br>BA | 20-Código CBO S<br>10     | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08848516000100           | 22-Nome do Contratado Executante<br>R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA | 23-Número no CRO<br>8958 | 24-UF<br>BA | 25-Código CNES<br>6127290 |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>8958 | 28-UF<br>BA | 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-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         | 1      | 144,00           | 0,00     |                                 |        | 24/10/14              |                    |               |
| 2-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                                                     |                                                                      |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>24/10/14 | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>144,00 | 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>24/10/14 Maria Vitoria Carvalho<br>Cirurgião-Dentista<br>CRO-BA: 25314 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>24/10/14 Maria Vitoria Carvalho<br>Cirurgião-Dentista<br>CRO-BA: 25314 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>24/10/14 Francisca Helia Alves Oliveira | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>24/10/14 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|