



2397803  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/07/2015 | 4-Data de Autorização<br>12/07/2015 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>14155654 | 7-Data Validade da Senha<br>12/09/2015 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                |                                |                                      |                                                          |                                       |
|------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020251148295000001011 | 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>JOSIVALDO CARVALHO FERRAZ           |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>JOSIVALDO CARVALHO FERRAZ |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                 |                                                                  |                           |             |                                          |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS | 18-Número no CRO<br>8958  | 19-UF<br>BA | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>20802804000111           | 22-Nome do Contratado Executante<br>RV MASCARENHAS LTDA          | 23-Número no CRO<br>14537 | 24-UF<br>BA | 25-Código CNES<br>7688776                |
| 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-        | 0081000057                | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 24/07/2015            |                    | Josivaldo     |
| 2-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                               |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>24/07/2015 | 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 Usado em US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>6,00 | 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<br>Paciente irreversível na unidade 27. foi feito curso, prescrição e encaminhamento para especialista Voz |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                          |                                                                                                          |                                                                                             |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>24/07/2015<br>Dra. Ana Carolina Vaz<br>CRO-BA 24085 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>24/07/2015<br>Dra. Ana Carolina Vaz<br>CRO-BA 24085 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>24/07/2015<br>Josivaldo Ferraz | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>24/07/2015 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|