



391814  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>07/10/20 | 4-Data de Autorização<br>19/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7941713 | 7-Data Validade da Senha<br>05/01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |  |                                      |  |                                                          |  |                                       |  |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Dados do Beneficiário                        |  | 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 |  |
| 8-Número da Carteira<br>00202529881900000102 |  |                                |  |                                      |  |                                                          |  |                                       |  |
| 13-Nome<br>PEDRO GABRIEL SOUSA BRAGA         |  |                                |  | 14-Telefone<br>( ) -                 |  | 15-Nome do titular do plano<br>THAYS DE SOUSA LIMA BRAGA |  |                                       |  |
|                                              |  |                                |  | 26/04/2011                           |  |                                                          |  |                                       |  |

|                                                                     |  |                                                                      |  |                          |  |                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                     |  | 18-Número no CRO<br>5783                                             |  | 19-UF<br>DF              |  | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                            |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JANAINA GOMES PEREIRA BEZERRA |  |                          |  |                                             |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26812418803                  |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>JANAINA GOMES PEREIRA BEZERRA    |  | 23-Número no CRO<br>5783 |  | 24-UF<br>DF                                 |  |
|                                                                     |  |                                                                      |  | 25-Código CNES           |  |                                             |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JANAINA GOMES PEREIRA BEZERRA |  |                                                                      |  | 27-Número no CRO<br>5783 |  | 28-UF<br>DF                                 |  |
|                                                                     |  |                                                                      |  | 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-        | 0084000090                | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 |        | 10/11/20              |                    |               |
| 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>72,00 | 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<br>10/11/20 |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/11/20 |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/11/20 |  | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |  |
|---------------|--|---------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|