



**425691**  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                      |                                      |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>23/11/2012 | 4-Data de Autorização<br>10/12/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>425691 | 7-Data Validade da Senha<br>21/02/21 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

|                         |  |                                              |  |                                  |                                      |                                             |                                       |
|-------------------------|--|----------------------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário   |  | 8-Número da Carteira<br>00202532906300000103 |  | 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>VIVIAN BAUER |  | 14-Telefone<br>23/10/1989                    |  | 15-Data de Nascimento<br>( ) - - |                                      | 15-Nome do titular do plano<br>SANDRO BAUER |                                       |

|                                                                      |  |                                                                    |  |                                                                       |  |                           |                |                 |                          |
|----------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|----------------|-----------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                      |  | 16-Atendimento a RN<br>N                                           |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA |  | 18-Número no CRO<br>14893 | 19-UF<br>SC    | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08104793977                   |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA |  | 23-Número no CRO<br>14893                                             |  | 24-UF<br>SC               | 25-Código CNES |                 |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA |  | 27-Número no CRO<br>14893                                          |  | 28-UF<br>SC                                                           |  | 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         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 18              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/12/2012            |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 2         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 28              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/12/2012            |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/12/2012            |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/12/2012            |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/12/2012            |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 6         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/12/2012            |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 7         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 34              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/12/2012            |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 8         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 36              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/12/2012            |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 9         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 35              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/12/2012            |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 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>445,00 | 47-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>11/12/2012 <i>[Assinatura]</i> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/12/2012 <i>[Assinatura]</i> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/12/2012 <i>[Assinatura]</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|