



418789  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/11/2012 | 4-Data de Autorização<br>16/11/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 8-Número da Guia Principal<br>8052625 | 7-Data Validade da Senha<br>11/02/21 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                             |                                |                                      |                                                       |                                       |
|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 6-Número da Carteira<br>0020253182530000102 | 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>APARECIDA CRISTINA SANTOS SILVA  |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>WASHINGTON JESUS SOUZA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                              |                          |                 |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODONTODENT TAGUATINGA | 18-Número no CRO<br>4992 | 19-UF<br>DF     | 20-Código CBO S<br>01 | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>61128201100           | 22-Nome do Contratado Executante<br>YEDA ALMEIDA RODRIGUES   | 23-Número no CRO<br>4992 | 24-UF<br>DF     | 25-Código CNES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>YEDA ALMEIDA RODRIGUES | 27-Número no CRO<br>4992                                     | 28-UF<br>DF              | 29-Código CBC 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 | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 19/11/2012            |                    | Assinada      |
| 2-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 19/11/2012            |                    | Assinada      |
| 3-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 19/11/2012            |                    | Assinada      |
| 4-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 19/11/2012            |                    | Assinada      |
| 5-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 19/11/2012            |                    | Assinada      |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                  |                                                                                                              |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data de Emissão<br>19/11/2012 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 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(ram) 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                                                               |                                                                 |                                                                         |                                     |
| YEDA ALMEIDA RODRIGUES<br>Cirurgião Dentista<br>CRO-DF 4992                 |                                                                 | YEDA ALMEIDA RODRIGUES<br>Cirurgião Dentista<br>CRO-DF 4992             |                                     |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>19/11/2012 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>19/11/2012 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>19/11/2012 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |