



733727  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                         |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>(07/10/21)                                          |  | 4-Data de Autorização<br>(07/10/21) |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                             |  | 6-Número da Guia Principal<br>9153254                       |  | 7-Data Validação da Guia<br>(05/11/21)                                     |  |
| Dados do Beneficiário                                            |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
| 8-Número da Carteira<br>(002025419984000000102)                  |  |                                                                                  |  | 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>DELAINE KESSIA PEREIRA DE SOUZA                       |  |                                                                                  |  |                                     |  | 14-Telefone<br>( ) -                                              |  | 15-Nome do titular do plano<br>MARIA ZELIA PEREIRA DA SILVA |  |                                                                            |  |
| 16-Acordamento e RN<br>N                                         |  |                                                                                  |  |                                     |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CAROLINA DE FATIMA MARTINS |  | 18-Número no CRO<br>11724                                   |  | 19-UF<br>DF                                                                |  |
| 20-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>(04354820170)             |  |                                                                                  |  |                                     |  | 21-Nome do Contratado Executante<br>CAROLINA DE FATIMA MARTINS    |  | 22-Número no CRO<br>11724                                   |  | 23-UF<br>DF                                                                |  |
| 24-Nome do Profissional Executante<br>CAROLINA DE FATIMA MARTINS |  |                                                                                  |  |                                     |  | 25-Número no CRO<br>11724                                         |  | 26-UF<br>DF                                                 |  | 27-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(1) 85100200 |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                  |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
| 30-Tabela                                                        |  | 31-Código do Procedimento                                                        |  | 32-Descrição                        |  | 33-Dente/Região                                                   |  | 34-Face                                                     |  | 35-Qtd                                                                     |  |
| 1-00                                                             |  | 85100196                                                                         |  | RESTAURAÇÃO RESINA                  |  | 17                                                                |  | O                                                           |  | 1                                                                          |  |
| 2-00                                                             |  | 85100200                                                                         |  | RESTAURAÇÃO RESINA                  |  | 16                                                                |  | OP                                                          |  | 1                                                                          |  |
| 3-00                                                             |  | 85100200                                                                         |  | RESTAURAÇÃO RESINA                  |  | 15                                                                |  | OM                                                          |  | 1                                                                          |  |
| 4-                                                               |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
| 5-                                                               |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
| 6-                                                               |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
| 7-                                                               |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
| 8-                                                               |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
| 9-                                                               |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
| 10-                                                              |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
| 11-                                                              |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
| 12-                                                              |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
| 13-                                                              |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
| 14-                                                              |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
| 15-                                                              |  |                                                                                  |  |                                     |  |                                                                   |  |                                                             |  |                                                                            |  |
| 36-Franquia/Co-participação R\$                                  |  | 39-Aut                                                                           |  | 40-Data de Realização               |  | 41-Motivo da Olosse                                               |  | 42-Assinatura                                               |  |                                                                            |  |
| 1237,00                                                          |  |                                                                                  |  | 14/10/21                            |  | 14/10/21                                                          |  | 14/10/21                                                    |  |                                                                            |  |
| 43-Data Início do Tratamento                                     |  | 44-Tipo de Atendimento                                                           |  | 45-Tipo de Faturamento              |  | 46-Total Quantidade US                                            |  | 47-Valor Total R\$                                          |  | 48-Total Franquia / Co-participação R\$                                    |  |
| 14/10/21                                                         |  | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |  | 1-Total 2-Parcial                   |  | 237,00                                                            |  | 1237,00                                                     |  | 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), foram realizados 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-Considerações

50-Selo, local e Assinatura do Profissional Dentista / Assinatura  
51-Selo, local e Assinatura do Contratado Executante  
52-Selo, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
53-Selo, local e Assinatura da Empresa