



1856704  
INTERCÂM

|                          |                                       |                              |                                  |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>19/04/24 | 4-Data de Autorização<br>/ / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>1856704 | 7-Data Validade da Senha<br>18/07/24 |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                               |  |                                  |  |                                      |  |                                                             |  |                                       |  |
|-----------------------------------------------|--|----------------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| 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>002025112392400000102 |  | 13-Nome<br>JULIA LOPES PRUDENCIO |  | 14-Telefone<br>05/04/2003            |  | 15-Nome do titular do plano<br>MARIA EDUARDA CAMPOS CAPELLI |  |                                       |  |

|                                                              |  |                                                            |  |                                                               |  |                           |  |                |  |                 |  |                          |
|--------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|----------------|--|-----------------|--|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |  | 16-Atendimento a RN<br>N                                   |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>WESLEY LEANDRO AFFONSO |  | 18-Número no CRO<br>72067 |  | 19-UF<br>SP    |  | 20-Código CBO S |  | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>31792083840           |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>WESLEY LEANDRO AFFONSO |  | 23-Número no CRO<br>72067                                     |  | 24-UF<br>SP               |  | 25-Código CNES |  |                 |  |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>WESLEY LEANDRO AFFONSO |  | 27-Número no CRO<br>72067                                  |  | 28-UF<br>SP                                                   |  | 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 |
|-----------|---------------------------|---------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|
| 1-        | 0081000057                | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE  |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | N                     | 19/04/24           |
| 2-        | 0082001030                | INCISÃO E DRENAGEM INTRA- | 16              |         | 1      | 8,00             | 0,00     |                                 |        | N                     | 19/04/24           |
| 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>142,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-pai |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|

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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|                                         |
|-----------------------------------------|
| 49-Observação<br>Clínica de emergência. |
|-----------------------------------------|

|                                                                                          |                                                                              |                                                                                                    |                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>19/04/24 Wesley Affonso | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>19/04/24 Wesley Affonso | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>19/04/24 Maria Eduarda Campos Capelli | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>19/04/24 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Wesley Leandro Affonso  
Cirurgião Dentista  
CRO/SP: 72.067