



2060049  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>09/11/2014 | 4-Data de Autorização<br>09/11/2014 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>13063622 | 7-Data Validade da Senha<br>07/01/2015 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

|                                                |  |                                |                                      |                                     |                                       |
|------------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020251174454000001011 |  | 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>ELIANE DA SILVA CUSTODIO | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>ELIANE DA SILVA CUSTODIO |
|-------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                        |                                                                  |                          |             |                           |                          |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                               | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLIORP                    | 18-Número no CRO<br>8958 | 19-UF<br>BA | 20-Código CBO S<br>10     | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>088485160001000 | 22-Nome do Contratado Executante<br>R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA | 23-Número no CRO<br>8958 | 24-UF<br>BA | 25-Código CNES<br>6127290 |                          |

|                                                                 |                          |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS | 27-Número no CRO<br>8958 | 28-UF<br>BA | 29-Código CBO 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-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 09/10/2014            |                    | Eliane S.     |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                               |                                 |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>09/10/2014 | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Ortodontia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total <input type="checkbox"/> 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 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 Solicitante<br>09/10/2014 CRO-BA 25097 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>09/10/2014 CRO-BA 25097 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/10/2014 Eliane da Silva Custodio | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>09/10/2014 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|