



528957  
INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3-Carimbo de Emissão de Guia<br>[2][1]/[0][4]/[2][1]            | 4-Data de Autorização<br>[2][9]/[0][4]/[2][1]                                                                                        | 5-Senha<br>AUTORIZADO     | 6-Número da Guia Principal<br>8504581                                     | 7-Data Validade da Senha<br>[2][0]/[0][7]/[2][1] | 528957<br>INTERCÂMBIO                            |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------|---------|--------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| 8-Número da Carteira<br>[0][0][2][0][2][6][3][5][1][6][1][5][0][0][0][0][1][0][2]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 9-Ramo<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>JULIA ALVES DA SILVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 | 14-Telefone<br>[ ][ ] [9][2][8][3].[0][6][3][3]<br>09/02/2004                                                                        |                           | 15-Nome do titular do plano<br>DAVID NESAEL DOS SANTOS                    |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 16-Atribuição à RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANDREA NASCIMENTO PINTOR |                                                                                                                                      | 18-Número na CRO<br>31269 |                                                                           | 19-UF<br>RJ                                      | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa      |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>[0][4][5][4][5][6][8][8][7][8][0]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANDREA NASCIMENTO PINTOR                                                                         |                           | 23-Número na CRO<br>31269                                                 |                                                  | 24-UF<br>RJ                                      | 25-Código CIVES |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANDREA NASCIMENTO PINTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                 | 27-Número na CRO<br>31269                                                                                                            |                           | 28-UF<br>RJ                                                               | 29-Código CBO S                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 31-Código do Procedimento                                       | 32-Descrição                                                                                                                         | 33-Dente/Região           | 34-Face                                                                   | 35-QM                                            | 36-Quantidade UO                                 | 37-Valor        | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Ant. | 40-Data de Realização                                  | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | [0][0][8][4][0][0][0][1][9][8]                                  | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                                                | HASE                      |                                                                           | 1                                                | 3 5 0 0                                          | 0,00            | S                               |         | 29/04/2021                                             |                    | <i>(Assinatura)</i> |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | [0][0][8][4][0][0][0][1][9][8]                                  | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                                                | HASD                      |                                                                           | 1                                                | 3 5 0 0                                          | 0,00            | S                               |         | 29/04/2021                                             |                    | <i>(Assinatura)</i> |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | [0][0][8][4][0][0][0][1][9][8]                                  | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                                                | HAID                      |                                                                           | 1                                                | 3 5 0 0                                          | 0,00            | S                               |         | 29/04/2021                                             |                    | <i>(Assinatura)</i> |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | [0][0][8][4][0][0][0][1][9][8]                                  | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                                                | HAIE                      |                                                                           | 1                                                | 3 5 0 0                                          | 0,00            | S                               |         | 29/04/2021                                             |                    | <i>(Assinatura)</i> |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>[ ]/[ ]/[ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiográfico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                           | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial      |                                                  | 46-Total Quantidade UO<br>1 4 0 0 0 0            |                 | 47-Valor Total R\$<br>0,00      |         | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>[ ]/[ ]/[ ] |                    |                     |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| Atenção! A Guia de temporária não é definitiva.<br>CENTRO DENTARY ODONTOLÓGICO LTDA<br>EUAO 132X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |                                                                                                                                      |                           |                                                                           |                                                  |                                                  |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |
| 50-City, Estado e Assinatura do Grupo/Dentista Solicitante<br>[Assinatura] [Assinatura]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 | 51-City, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>[Assinatura]                                                                    |                           | 52-City, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>[Assinatura] |                                                  | 53-City, local e Carimbo da Empresa<br>[Carimbo] |                 |                                 |         |                                                        |                    |                     |