



2228771  
INTERCÂMBIO

|                                                             |                                                                              |                                                                  |                                                                        |                                        |                                      |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                    | 3-Data de Emissão da Guia<br>27/02/25                                        | 4-Data de Autorização<br>28/02/25                                | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                                  | 6-Número da Guia Principal<br>13596865 | 7-Data Validade da Senha<br>28/05/25 |
| Dados do Beneficiário                                       |                                                                              |                                                                  |                                                                        |                                        |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>002025121061500000101               | 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>JANE ALEXANDRE DE SA RODRIGUES DA SILVA          |                                                                              | 14-Telefone<br>18/05/1966                                        | 15-Nome do titular do plano<br>JANE ALEXANDRE DE SA RODRIGUES DA SILVA |                                        |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento             |                                                                              |                                                                  |                                                                        |                                        |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                    | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODONTO SUL + DENTISTAS ESPECIALIZADOS |                                                                  | 18-Número no CRO<br>103232                                             | 19-UF<br>SP                            | 20-Código CBO S<br>06                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>14791437000103       |                                                                              | 22-Nome do Contratado Executante<br>FERREIRA ODONTOLOGIA LTDA ME | 23-Número no CRO<br>103232                                             | 24-UF<br>SP                            | 25-Código CNES<br>9600493            |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>DANIEL ALVES FERREIRA |                                                                              | 27-Número no CRO<br>103232                                       | 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 | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/02/25              |                    |               |
| 2         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 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>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 Operador / Dentista Solicitante<br>27/02/25 Daniel Alves Ferreira | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>27/02/25 Dr. Daniel Alves Ferreira<br>Especialista Ortodontia / Implantes / Estética<br>CRO-SP 103.232 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>27/02/25 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>27/02/25 Odonto + Sul<br>CRO-SP: CL - 14765<br>CNPJ: 14.791.437/0001-03 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|