



2493158  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>07/10/25 | 4-Data de Autorização<br>13/10/25 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>14458400 | 7-Data Validade da Senha<br>06/12/25 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                 |                                |                                      |                                                          |                                                         |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002025038429500000101   | 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<br>23132132123321 |
| 13-Nome<br>BENEFICIARIO TESTE ACESSO 03/01/1980 |                                | 14-Telefone<br>(41) 3020-3883        | 15-Nome do titular do plano<br>BENEFICIARIO TESTE ACESSO |                                                         |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                   |                                                                    |                          |             |                 |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|---------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>DENTISTA TESTE- TREINAMENTO | 18-Número no CRO<br>2024 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000405 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>90106725068                | 22-Nome do Contratado Executante<br>DENTISTA TESTE- TREINAMENTO    | 23-Número no CRO<br>2024 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES  |                                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>DENTISTA TESTE- TREINAMENTO |                                                                    | 27-Número no CRO<br>2024 | 28-UF<br>PR | 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-        | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 | S      |                       |                     |               |
| 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>78,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>_/_/___/___ |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------|

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  
null Ato 81000421: Necessario anexar radiografia no site para autorizacao Ato 81000375: Necessario anexar radiografia no site para autorizacao Ato 81000405: Apresentar justificativa para autorizazao do procedimento Ato 81000405: Necessario anexar radiografia no site para autorizacao

|                                                                              |                                                                  |                                                                          |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>_/_/___/___ | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>_/_/___/___ | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>_/_/___/___ | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>_/_/___/___ |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|