

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/2020

Razão Social: CENTRO ODONTOLÓGICO PARQUE DAS NAÇÕES EIRELI

CNPJ: 23698394000107 ( COPAN ODONTOLOGIA )

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 85854/SP

Cirurgião Dentista: (15018) - LETÍCIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS

| Guia       | Nome                                                   | Não Paga | Dt. Guia   | USOs Atos | Vlr USO Coop. | Total      |
|------------|--------------------------------------------------------|----------|------------|-----------|---------------|------------|
| 302830 - I | JAIME LOPES DE OLIVEIRA JUNIOR (00202510550601143301 ) |          | 17/03/2020 | 183       | 0.35          | R\$ 64,05  |
| 303409 - I | SUELLEN TIMOTEO DA SILVA (00202528334800000102 )       |          | 18/03/2020 | 144       | 0.35          | R\$ 50,40  |
| 303410 - I | SUELLEN TIMOTEO DA SILVA (00202528334800000102 )       |          | 18/03/2020 | 122       | 0.35          | R\$ 42,70  |
| 309548 - I | JAQUELINE BRANDAO SAMPAIO (00202528334800000101 )      |          | 29/04/2020 | 178       | 0.35          | R\$ 62,30  |
| 310287 - I | SUELLEN TIMOTEO DA SILVA (00202528334800000102 )       |          | 04/05/2020 | 149       | 0.35          | R\$ 52,15  |
| 310445 - I | MAIKEL MARTINS DE LIMA (00202529217300000104 )         |          | 05/05/2020 | 178       | 0.35          | R\$ 62,30  |
| 310976 - I | GUSTAVO BATISTA MENDES (00202529776200000101 )         |          | 06/05/2020 | 176       | 0.35          | R\$ 61,60  |
| 310980 - I | LORENA BEATRIZ OLIVIA LANCA (00202529217300000103 )    |          | 06/05/2020 | 1444      | 0.35          | R\$ 505,40 |
| 313231 - I | MAIKEL MARTINS DE LIMA (00202529217300000104 )         |          | 14/05/2020 | 271       | 0.35          | R\$ 94,85  |

**Totalizador**

N° de USOs: 2845  
N° de atendimentos: 9  
Valor: R\$ 995,75

**Totalizador da Operadora**

N° de USOs: 2845  
N° de atendimentos: 9  
Valor: R\$ 995,75

**Totalizador da Clínica**

N° de USOs: 2845  
N° de atendimentos: 9  
Valor: R\$ 995,75

**IMPORTANTE:** Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

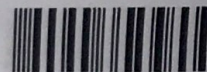
Data e Hora de Emissão: 27/05/2020 17:43

Página 1 de 1



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

310980  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------|---------------------------------|--------|-------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão de Guia<br>06/05/2017                               | 4-Data de Autorização<br>07/05/2017                                                                        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                  | 6-Número de Guia Principal<br>7546502                            | 7-Data Validade da Senha<br>04/08/2017         |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 8-Número da Carteira<br>002025292217300000103                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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>LORENA BEATRIZ OLIVIA LANCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       | 14-Telefone<br>17/06/1997 ( ) 6746-9500                                                                    | 15-Nome do titular do plano<br>APARECIDO DE PAULA LIMA |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>COPAN ODONTOLOGIA              | 18-Número no CRD<br>85854                                                                                  | 19-UF<br>SP                                            | 20-Código CBO S<br>06                                            | 025 -<br>Faturar Empresa                       |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>29870689809                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 22-Nome do Contratado Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>85854                                                                                  | 24-UF<br>SP                                            | 25-Código CNES                                                   | Enviar - RX<br>(I) 82001286-18 (I) 82001286-48 |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | 27-Número no CRD<br>85854                                                                                  | 28-UF<br>SP                                            | 29-Código CBO S                                                  | (I) 82001286-28 (I) 82001286-38                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0082001286                                                            | REMOÇÃO DE DENTES                                                                                          | 18                                                     | 1                                                                | 1                                              | 361100                                     | 0000     | 0000                            |        | 07/05/2017                                      | Em                               |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0082001286                                                            | REMOÇÃO DE DENTES                                                                                          | 28                                                     | 1                                                                | 1                                              | 361100                                     | 0000     | 0000                            |        | 07/05/2017                                      | Em                               |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0082001286                                                            | REMOÇÃO DE DENTES                                                                                          | 38                                                     | 1                                                                | 1                                              | 361100                                     | 0000     | 0000                            |        | 07/05/2017                                      | Em                               |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0082001286                                                            | REMOÇÃO DE DENTES                                                                                          | 48                                                     | 1                                                                | 1                                              | 361100                                     | 0000     | 0000                            |        | 07/05/2017                                      | Em                               |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 43-Data Previsto 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>14400            |          | 47-Valor Total R\$<br>0000      |        | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0000 |                                  |
| 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<br>Favor enviar rx inicial e final na produção                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                            |                                                        |                                                                  |                                                |                                            |          |                                 |        |                                                 |                                  |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>07/05/2017 Xico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>07/05/2017 Xico                                       |                                                        | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ / |                                                | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |          |                                 |        |                                                 |                                  |



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º

302830  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/03/2014 4-Data de Autorização 11/03/2014 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7488880 7-Data Validade da Senha 11/03/2014

8-Número da Carteira 000202510550601143301 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome JAIME LOPES DE OLIVEIRA JUNIOR 14-Telefone 11/06/1981 15-Nome do Titular do plano JAIME LOPES DE OLIVEIRA JUNIOR

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante COPAN ODONTOLOGIA 18-Número no CRO 85854 19-UF SP 20-Código CBO S 06 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS 23-Número no CRO 85854 24-UF SP 25-Código CNEB 26-Nome do Profissional Executante LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS 27-Número no CRO 85854 28-UF SP 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

| 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         | 00085100196               | RESTAURAÇÃO RESINA | 23              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 11/03/2014            |                    |               |
| 2         | 00085100196               | RESTAURAÇÃO RESINA | 24              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 11/03/2014            |                    |               |
| 3         | 00085100196               | RESTAURAÇÃO RESINA | 25              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 11/03/2014            |                    |               |
| 4         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 183,00 47-Valor Total R\$ 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(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 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 11/03/2014 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/2014 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/2014 53-Data, local e Carimbo da Empresa



303409

INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                        |                                                                         |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|---------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/03/2019                               | 4-Data de Autorização<br>19/03/2019                                                                    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                                   | 6-Número da Guia Principal<br>7491921       | 7-Data Validade da Senha<br>16/06/2019 |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                        |                                                                         |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 8-Número da Carteira<br>00202252833480000102                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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>SUELLEN TIMOTEO DA SILVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       | 14-Telefone<br>( ) - / -                                                                               | 15-Nome do titular do plano<br>JAQUELINE BRANDAO SAMPAIO                |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                        |                                                                         |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 16-Almôndimo e RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>COPAN ODONTOLOGIA              | 18-Número no CRO<br>85854                                                                              | 19-UF<br>SP                                                             | 20-Código CBO S<br>06                       | 025 - Faturar Empresa                  |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPP<br>29870689809                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 22-Nome do Contratado Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>85854                                                                              | 24-UF<br>SP                                                             | 25-Código CNES                              |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | 27-Número no CRO<br>85854                                                                              | 28-UF<br>SP                                                             | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 00185300047                                                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                                                                | HASD                                                                    | 1                                           | 1                                      | 36,00                                                                             | 0,00     |                                 | S                                   | 20/03/20                                |                    | Suellen       |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 00185300047                                                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                                                                | HASE                                                                    | 1                                           | 1                                      | 36,00                                                                             | 0,00     |                                 | S                                   | 20/03/20                                |                    | Suellen       |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 00185300047                                                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                                                                | HAIE                                                                    | 1                                           | 1                                      | 36,00                                                                             | 0,00     |                                 | S                                   | 20/03/20                                |                    | Suellen       |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 00185300047                                                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                                                                | HAID                                                                    | 1                                           | 1                                      | 36,00                                                                             | 0,00     |                                 | S                                   | 20/03/20                                |                    | Suellen       |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                        |                                                                         |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                        |                                                                         |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                        |                                                                         |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                        |                                                                         |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                                                                                        |                                                                         |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                        |                                                                         |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                        |                                                                         |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                        |                                                                         |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                        |                                                                         |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                        |                                                                         |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                                                                                                        |                                                                         |                                             |                                        |                                                                                   |          |                                 |                                     |                                         |                    |               |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       | 44-Tipo de Alimnto<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>144,00                                                  |          | 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 assine 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>20/03/2019 Suellen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                        | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>20/03/2019 Letícia |                                             |                                        | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>20/03/2019 Jaqueline |          |                                 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |                                         |                    |               |



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

247

303410  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3-Data de Emissão da Guia<br>18/10/2019                               | 4-Data de Autorização<br>24/10/2019                             | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                    | 6-Número da Guia Principal<br>7491932                                   | 7-Data Validade da Senha<br>16/10/2020  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 8-Número da Carteira<br>00202528334800000102                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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>SUELLEN TIMÓTEO DA SILVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | 14-Telefone<br>19/08/1995                                       | 15-Nome do Titular do plano<br>JAQUELINE BRANDAO SAMPAIO |                                                                         |                                         |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 16-Atendimento em RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>COPAN ODONTOLOGIA              | 18-Número no CRO<br>85854                                       | 19-UF<br>SP                                              | 20-Código CBO S<br>06                                                   | 025 -<br>Fatura/ Empresa                |
| 21-Código na Op. Iradora / CNPJ / CPF<br>29870689809                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 22-Nome do Contratado Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>85854                                       | 24-UF<br>SP                                              | 25-Código CNES                                                          |                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       | 27-Número no CRO<br>85854                                       | 28-UF<br>SP                                              | 29-Código CBO S                                                         |                                         |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 31-Código do Procedimento                                             | 32-Descrição                                                    | 33-Dente/Raiz                                            | 34-Face                                                                 | 35-Quantidade US                        |
| 1-001851001196                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       | RESTAURAÇÃO RESINA                                              | 27                                                       | 0                                                                       | 1                                       |
| 2-001851001196                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       | RESTAURAÇÃO RESINA                                              | 28                                                       | 0                                                                       | 1                                       |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |
| 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | 45-Tipo de Pagamento<br>1-Total 2-Parcial                       | 46-Total Quantidade US<br>22,00                          | 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 no contrato. Declino, 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 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>12/10/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/10/2019 |                                                          | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/10/2019 |                                         |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                 |                                                          |                                                                         |                                         |



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º

309548  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                            |                                                                 |                                             |                                        |                                                                         |          |                                 |                                            |                                                 |                    |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|---------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>29/10/2014                               | 4-Data de Autorização<br>08/10/2015                                                                        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                           | 6-Número da Guia Principal<br>7535946       | 7-Data Validade da Senha<br>28/10/2017 |                                                                         |          |                                 |                                            |                                                 |                    |               |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                            |                                                                 |                                             |                                        |                                                                         |          |                                 |                                            |                                                 |                    |               |
| 8-Número da Carteira<br>00020252833480000101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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>JAQUELINE BRANDAO SAMPAIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       | 14-Telefone<br>04/09/1988                                                                                  | 15-Nome do titular do plano<br>JAQUELINE BRANDAO SAMPAIO        |                                             |                                        |                                                                         |          |                                 |                                            |                                                 |                    |               |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                            |                                                                 |                                             |                                        |                                                                         |          |                                 |                                            |                                                 |                    |               |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>COPAN ODONTOLOGIA              | 18-Número no CRO<br>85854                                                                                  | 19-UF<br>SP                                                     | 20-Código CBO S<br>06                       | 025 -<br>Faturar Empresa               |                                                                         |          |                                 |                                            |                                                 |                    |               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>29870689809                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 22-Nome do Contratado Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>85854                                                                                  | 24-UF<br>SP                                                     | 25-Código CNEB                              |                                        |                                                                         |          |                                 |                                            |                                                 |                    |               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | 27-Número no CRO<br>85854                                                                                  | 28-UF<br>SP                                                     | 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     |                                 |                                            | 10/10/2015                                      |                    | Jaqueline     |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0085300047                                                            | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                                                                    | HASD                                                            |                                             | 1                                      | 36,00                                                                   | 0,00     |                                 |                                            | 10/10/2015                                      |                    | Jaqueline     |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0085300047                                                            | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                                                                    | HASE                                                            |                                             | 1                                      | 36,00                                                                   | 0,00     |                                 |                                            | 10/10/2015                                      |                    | Jaqueline     |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0085300047                                                            | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                                                                    | HAIE                                                            |                                             | 1                                      | 36,00                                                                   | 0,00     |                                 |                                            | 10/10/2015                                      |                    | Jaqueline     |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0085300047                                                            | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                                                                    | HAID                                                            |                                             | 1                                      | 36,00                                                                   | 0,00     |                                 |                                            | 10/10/2015                                      |                    | Jaqueline     |
| 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>178,00                                        |          | 47-Valor Total R\$<br>0,00      |                                            | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |                    |               |
| 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>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                                                            | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/10/2015 |                                             |                                        | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/10/2015 |          |                                 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |                                                 |                    |               |



310287  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|---------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/14/2015/12/01                         | 4-Data de Autorização<br>11/21/2015/12/01                                                                  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                                 | 6-Número da Guia Principal<br>7541689       | 7-Data Validade da Senha<br>10/21/2018/12/01            |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 8-Número da Carteira<br>10102021521833480000010102                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 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>SUELLEN TIMOTEO DA SILVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | 14-Telefone<br>19/08/1995                                                                                  | 15-Nome do Bólido do plano<br>JAQUELINE BRANDAO SAMPAIO               |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>COPAN ODONTOLOGIA              | 18-Número no CRO<br>85854                                                                                  | 19-UF<br>SP                                                           | 20-Código CBO S<br>06                       | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(1) 85100200 |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>29870689809                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 22-Nome do Contratado Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>85854                                                                                  | 24-UF<br>SP                                                           | 25-Código CNE S                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       | 27-Número no CRO<br>85854                                                                                  | 28-UF<br>SP                                                           | 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 |
| 1-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 01851002010                                                           | RESTAURAÇÃO RESINA                                                                                         | 25                                                                    | OM                                          | 1                                                       | 88,00                                                                         | 0,00     |                                 | S                                          | 11/21/2015/12/01                        |                    | Suellem       |
| 2-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 01851001196                                                           | RESTAURAÇÃO RESINA                                                                                         | 47                                                                    | O                                           | 1                                                       | 61,00                                                                         | 0,00     |                                 | S                                          | 11/21/2015/12/01                        |                    | Suellem       |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 43-Data Previsto 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>149,00                                              |          | 47-Valor Total R\$<br>0,00      |                                            | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |                    |               |
| <p>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.</p> <p>49-Observação</p> |                                                                       |                                                                                                            |                                                                       |                                             |                                                         |                                                                               |          |                                 |                                            |                                         |                    |               |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                            | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/21/2015/12/01 |                                             |                                                         | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/21/2015/12/01 |          |                                 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |                                         |                    |               |



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24\*

310445  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                      |                                                      |                                                               |                                        |                                                                                                            |          |                                                                       |        |                                  |                    |                                            |  |                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/05/2015                               | 4-Data de Autorização<br>10/05/2015  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                | 6-Número da Guia Principal<br>7542684                         | 7-Data Validade de Senha<br>10/05/2015 |                                                                                                            |          |                                                                       |        |                                  |                    |                                            |  |                                         |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                      |                                                      |                                                               |                                        |                                                                                                            |          |                                                                       |        |                                  |                    |                                            |  |                                         |  |
| 8-Número da Carteira<br>100202529217300000104                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                        | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade de Carteira<br>/ /                  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                         |                                        |                                                                                                            |          |                                                                       |        |                                  |                    |                                            |  |                                         |  |
| 13-Nome<br>MAIKEL MARTINS DE LIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       | 14-Telefone<br>( ) 67469500          | 15-Nome do Bulão do plano<br>APARECIDO DE PAULA LIMA |                                                               |                                        |                                                                                                            |          |                                                                       |        |                                  |                    |                                            |  |                                         |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                      |                                                      |                                                               |                                        |                                                                                                            |          |                                                                       |        |                                  |                    |                                            |  |                                         |  |
| 16-Atendimento e RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>COPAN ODONTOLOGIA              | 18-Número no CRO<br>85854            | 19-UF<br>SP                                          | 20-Código CBO S<br>06                                         | 025 -<br>Faturar Empresa               |                                                                                                            |          |                                                                       |        |                                  |                    |                                            |  |                                         |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>29870689809                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 22-Nome do Contratado Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>85854            | 24-UF<br>SP                                          | 25-Código CNE S                                               |                                        |                                                                                                            |          |                                                                       |        |                                  |                    |                                            |  |                                         |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | 27-Número no CRO<br>85854            | 28-UF<br>SP                                          | 29-Código CBO S                                               |                                        |                                                                                                            |          |                                                                       |        |                                  |                    |                                            |  |                                         |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                      |                                                      |                                                               |                                        |                                                                                                            |          |                                                                       |        |                                  |                    |                                            |  |                                         |  |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 31-Código do Procedimento                                             | 32-Descrição                         | 33-Dente/Régulo                                      | 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     |                                                                       |        | 15/05/20                         |                    |                                            |  |                                         |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0085300047                                                            | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL              | HASD                                                 |                                                               | 1                                      | 36,00                                                                                                      | 0,00     |                                                                       |        | 15/05/20                         |                    |                                            |  |                                         |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0085300047                                                            | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL              | HASE                                                 |                                                               | 1                                      | 36,00                                                                                                      | 0,00     |                                                                       |        | 15/05/20                         |                    |                                            |  |                                         |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0085300047                                                            | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL              | HAIE                                                 |                                                               | 1                                      | 36,00                                                                                                      | 0,00     |                                                                       |        | 15/05/20                         |                    |                                            |  |                                         |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0085300047                                                            | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL              | HAID                                                 |                                                               | 1                                      | 36,00                                                                                                      | 0,00     |                                                                       |        | 15/05/20                         |                    |                                            |  |                                         |  |
| 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>178,00 |                    | 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>15/05/20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                      |                                                      | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>15/05/20 |                                        |                                                                                                            |          | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>15/05/20 |        |                                  |                    | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |  |                                         |  |



310976  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>06/05/2012 | 4-Data de Autorização<br>14/05/2012 | 5-Série<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7546339 | 7-Data Validade da Guia<br>04/08/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                                       |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202529776200000101 |  | 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>GUSTAVO BATISTA MENDES            |  | 14-Telefone<br>16/12/1993      | 15-Nome do titular do plano<br>GUSTAVO BATISTA MENDES |                                     |                                       |

|                                                                         |                                                                       |                           |                 |                       |                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento e RN<br>N                                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>COPAN ODONTOLOGIA              | 18-Número no CRO<br>85854 | 19-UF<br>SP     | 20-Código CBO 8<br>06 | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 85100200<br>(II) 85100200 |
| 21-Código no Operador / CNPJ / CPF<br>298701689809                      | 22-Nome do Contratado Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>85854 | 24-UF<br>SP     | 25-Código CNES        |                                                                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS | 27-Número no CRO<br>85854                                             | 28-UF<br>SP               | 29-Código CBO 8 |                       |                                                                          |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Dente-Raiz | 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         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 11            | VI      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/05/2012            |                    | Gustavo Mendes |
| 2         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 22            | MV      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/05/2012            |                    | Gustavo Mendes |
| 3         |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 4         |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 5         |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 6         |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 7         |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 8         |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 9         |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 10        |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 11        |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 12        |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 13        |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 14        |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 15        |                           |                    |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto 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>176,00 | 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.

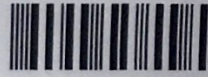
49-Observação

|                                                                      |                                                                         |                                                                                        |                                            |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>14/05/2012 Leticia | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>14/05/2012 Gustavo Mendes | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN

313231  
INTERCÂMBIO

|                                                                         |                                                          |                                                                       |                                                        |                                       |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/05/2015                  | 4-Data de Autorização<br>15/05/2015                                   | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                  | 6-Número da Guia Principal<br>7563127 | 7-Data Validade da Senha<br>12/08/2015                  |
| Dados do Beneficiário                                                   |                                                          |                                                                       |                                                        |                                       |                                                         |
| 8-Número da Carteira<br>0020252921730000104                             |                                                          | 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>MAIKEL MARTINS DE LIMA                                       |                                                          | 14-Telefone<br>20/04/1987<br>( ) 6746-9500                            | 15-Nome do titular do plano<br>APARECIDO DE PAULA LIMA |                                       |                                                         |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                         |                                                          |                                                                       |                                                        |                                       |                                                         |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>COPAN ODONTOLOGIA | 18-Número no CRO<br>85854                                             | 19-UF<br>SP                                            | 20-Código CBO S<br>06                 | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(1) 85100200 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>29870689809                      |                                                          | 22-Nome do Contratado Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS | 23-Número no CRO<br>85854                              | 24-UF<br>SP                           | 25-Código CNE S                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LETICIA CRISTIANA SOUZA DE CAMPOS |                                                          | 27-Número no CRO<br>85854                                             | 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                                                                                                          | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 11              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 15/05/2015            |                    |               |
| 2                                                                                                          | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 21              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 15/05/2015            |                    |               |
| 3                                                                                                          | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 37              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 15/05/2015            |                    |               |
| 4                                                                                                          | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 47              | OV      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 |        | 15/05/2015            |                    |               |
| 5                                                                                                          |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6                                                                                                          |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7                                                                                                          |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8                                                                                                          |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9                                                                                                          |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10                                                                                                         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11                                                                                                         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12                                                                                                         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13                                                                                                         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14                                                                                                         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15                                                                                                         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 43-Data Previsto 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>271,00                                                                           |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 47-Valor Total R\$<br>0,00                                                                                 |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00                                                            |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

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(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 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>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>15/05/2015 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>15/05/2015 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |