



384615  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/09/2012 | 4-Data de Autorização<br>30/09/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7911755 | 7-Data Validade da Senha<br>27/12/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                |  |                                              |  |                                                    |                                      |                                     |                                       |
|--------------------------------|--|----------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário          |  | 8-Número da Carteira<br>00202530296900000101 |  | 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>TAYS LOBATO BARBOSA |  | 14-Telefone<br>( ) -                         |  | 15-Nome do titular do plano<br>TAYS LOBATO BARBOSA |                                      |                                     |                                       |

|                                                                 |  |                                                               |  |                                                                  |  |                           |                |                 |                          |
|-----------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|----------------|-----------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |  | 16-Alendimento a RN<br>N                                      |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CINTIA CAETANO CAVALCANTI |  | 18-Número no CRO<br>18203 | 19-UF<br>RJ    | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>02125354713              |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>CINTIA CAETANO CAVALCANTI |  | 23-Número no CRO<br>18203                                        |  | 24-UF<br>RJ               | 25-Código CNES |                 |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>CINTIA CAETANO CAVALCANTI |  | 27-Número no CRO<br>18203                                     |  | 28-UF<br>RJ                                                      |  | 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-        | 0081000294                | LEVANTAMENTO |                 |         | 1      | 222,00           | 0,00     |                                 |        | 16/10/2020            |                    | T. Barbosa    |
| 2-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

SDO - Serviço de Documentação Odontológica  
Tays Lobato Barbosa 89617  
16/10/2020 08:49:24 Tel.: 33491887  
24/02/1999 VR OdontoLife  
Dr. Rafael Kenzo de Ramos

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                              |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|
| 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>222,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>/ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|               |                                                                      |                                                          |                                                                                    |                                            |
|---------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 49-Observação | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/10/2020 T. Barbosa | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|