



442181  
INTERCÂMBIO

|                                                            |                                       |                                                                          |                       |                                                                |                                      |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                   | 3-Data de Emissão da Guia<br>16/12/20 | 4-Data de Autorização<br>17/12/20                                        | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8151508                          | 7-Data Validade da Senha<br>16/03/21 |
| Dados do Beneficiário                                      |                                       | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                                     |                       | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                            |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202533878200000101               |                                       | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                           |                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                          |                                      |
| 13-Nome<br>CARLOS MARCOS DOS SANTOS SANTOS                 |                                       | 14-Telefone<br>( ) -                                                     |                       | 15-Nome do titular do plano<br>CARLOS MARCOS DOS SANTOS SANTOS |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                   |                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA RADIOLOGICA SAFE CARNEIRO |                       | 18-Número no CRO<br>7870                                       |                                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>22485970106         |                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>TANIA CARNEIRO MAFRA                 |                       | 23-Número no CRO<br>7870                                       |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>TANIA CARNEIRO MAFRA |                                       | 27-Número no CRO<br>7870                                                 |                       | 28-UF<br>DF                                                    |                                      |
|                                                            |                                       |                                                                          |                       | 29-Código CBO S<br>09                                          |                                      |
|                                                            |                                       |                                                                          |                       | 25-Código CNES                                                 |                                      |
|                                                            |                                       |                                                                          |                       | 025 - Faturar Empresa                                          |                                      |
|                                                            |                                       |                                                                          |                       | Enviar - RX                                                    |                                      |
|                                                            |                                       |                                                                          |                       | (I) 81000405 (I) 81000375-RPD                                  |                                      |
|                                                            |                                       |                                                                          |                       | (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE                              |                                      |
|                                                            |                                       |                                                                          |                       | (I) 81000375-RME                                               |                                      |

| 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             | ASAI            |         | 1      | 222,00           | 0,00     |                                 | S      | 03/02/21              |                    |               |
| 2         | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA   | ASAI            |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/02/21              |                    |               |
| 3         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/02/21              |                    |               |
| 4         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/02/21              |                    |               |
| 5         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/02/21              |                    |               |
| 6         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/02/21              |                    |               |
| 7         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                              |                                               |                                  |                              |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>03/02/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>356,00 | 47-Valor Total R\$<br>342,40 | 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>03/02/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>03/02/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>03/02/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|