

353454  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/10/2008 | 4-Data de Autorização<br>10/10/2008 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7771947 | 7-Data Validade da Senha<br>06/11/2008 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                               |                                |                                                              |                                     |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202530835700000104  | 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>CARLOS EDUARDO OLIVEIRA DOS SANTOS | 14-Telefone<br>( ) -           | 15-Nome do titular do plano<br>SIDNEI JOSE DOS SANTOS JUNIOR |                                     |                                       |

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                  |                                                                   |                           |             |                 |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO | 18-Número no CRO<br>58579 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>15878037807               | 22-Nome do Contratado Executante<br>ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO    | 23-Número no CRO<br>58579 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO |                                                                   | 27-Número no CRO<br>58579 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S |

025 -  
Faturar Empresa

## 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     |                                 | S      | 10/10/2008            |                    |               |
| 2         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/10/2008            |                    |               |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/10/2008            |                    |               |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/10/2008            |                    |               |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/10/2008            |                    |               |
| 6         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 36              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/2008            |                    |               |
| 7         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 17              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 17/08/2008            |                    |               |
| 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>296,00 | 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

. imagens analisadas

|                                                                      |                                                                 |                                                                       |                                            |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/10/2008 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>10/10/2008 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|