



1594427  
INTERCÂMBIO

|                                                                 |                                                                  |                                          |                                     |                                        |                                             |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| Registro ANS<br>I06414                                          | 3-Data de Emissão da Guia<br>3 1 / 0 8 / 2 3                     | 4-Data de Autorização<br>3 1 / 0 8 / 2 3 | 5-Senha<br>AUTORIZADO               | 6-Número da Guia Principal<br>11626441 | 7-Data Validade da Senha<br>2 9 / 1 1 / 2 3 |
| Idos do Beneficiário                                            |                                                                  |                                          |                                     |                                        |                                             |
| Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 6 2 0 0 1 2 0 0 0 0 1 0 2     | 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>SOPHIA DE OLIVEIRA CAETANO 08/04/2017                |                                                                  |                                          |                                     |                                        |                                             |
| 14-Telefone<br>( ) -                                            |                                                                  |                                          |                                     |                                        |                                             |
| 15-Nome do titular do plano<br>JESSICA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO   |                                                                  |                                          |                                     |                                        |                                             |
| Idos do Contratado Responsável pelo Tratamento                  |                                                                  |                                          |                                     |                                        |                                             |
| 16-Atendimento a RN<br>V                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO | 18-Número no CRO<br>49761                | 19-UF<br>RJ                         | 20-Código CBO S                        | 025 - Faturar Empresa                       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 2 8 8 6 3 3 7 7 3      | 22-Nome do Contratado Executante<br>DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO    | 23-Número no CRO<br>49761                | 24-UF<br>RJ                         | 25-Código CNES                         |                                             |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO |                                                                  | 27-Número no CRO<br>49761                | 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 |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| -         | 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0       | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 3 4 , 0 0        | 0 , 0 0  |                                 | S      | / /                   |                    | J. Araujo     |
| -         | 0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8     | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 |         | 1      | 1 4 0 , 0 0      | 0 , 0 0  |                                 | S      | / /                   |                    | J. Araujo     |
| -         | 0 0 8 5 1 0 0 0 1 9 6     | RESTAURAÇÃO RESINA    | 64              | O       | 1      | 6 1 , 0 0        | 0 , 0 0  |                                 | S      | / /                   |                    | J. Araujo     |
| -         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| -         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| -         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| -         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| -         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| -         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 0         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 1         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 2         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 3         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 4         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                       |                               |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortocontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>2 3 5 , 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 , 0 0 | 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.

Observação

|                                                                                            |                                                                                |                                                                                      |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>2 1 / 1 0 / 2 3 J. Araujo | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>2 1 / 1 0 / 2 3 J. Araujo | 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>2 1 / 1 0 / 2 3 J. Araujo | 52-Data, local e Carimbo da Empresa<br>2 1 / 1 0 / 2 3 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

Carimbo e Assinatura do Profissional  
DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO  
CRO-RJ 49761  
Cirurgião Dentista