



401972  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>22/11/2012 | 4-Data de Autorização<br>26/11/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7983341 | 7-Data Validade da Senha<br>20/01/2013 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                                                |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202531723400000102 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                           | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional da Saúde |
| 13-Nome<br>THAYS KELLY ALVES SILVA           | 14-Telefone<br>29/03/2012      | 15-Nome do Titular do plano<br>ROSANIA TEREZA ALVES DE QUEIROZ |                                     |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                  |                                                                                            |                          |                 |                       |                          |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RH<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CONSULTORIO ODONTOLÓGICO ANA CLARISSA PASSOS CHAVES | 18-Número no CRO<br>2417 | 19-UF<br>CE     | 20-Código CBO S<br>02 | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>2417274334                | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA CLARISSA PASSOS CHAVES                             | 23-Número no CRO<br>2417 | 24-UF<br>CE     | 25-Código CNES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA CLARISSA PASSOS CHAVES | 27-Número no CRO<br>2417                                                                   | 28-UF<br>CE              | 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         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 55              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/10/2012            |                    | <i>Ana Clarissa</i> |
| 2         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 54              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 26/10/2012            |                    | <i>Rosania</i>      |
| 3         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 4         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 5         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 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-Orientação 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>122,00 | 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>26/10/2012 <i>Ana Clarissa</i> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>26/10/2012 <i>Ana Clarissa</i> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>26/10/2012 <i>Rosania</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|