



806061  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>04/12/21                                                                        |                   | 4-Data de Autorização<br>04/12/21                                                                     |        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                         |          | 6-Número da Guia Principal<br>9369873                                                     |        | 7-Data Validade da Senha<br>04/03/22            |                                  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 8-Número da Carteira<br>00202544265200000101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                |          | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                                                      |        | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /             |                                  |
| 13-Nome<br>ANGLACIELA DOS SANTOS NUNES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        | 14-Telefone<br>04/09/1987                     |          | 15-Nome do titular do plano<br>ANGLACIELA DOS SANTOS NUNES                                |        |                                                 |                                  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS                                             |                   |                                                                                                       |        | 18-Número no CRO<br>8958                      |          | 19-UF<br>BA                                                                               |        | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa        |                                  |
| 21-Código na Operadora / CNP. / CPF<br>69312060287                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                              |                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS                                         |        |                                               |          | 23-Número no CRO<br>8958                                                                  |        | 24-UF<br>BA                                     |                                  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        | 27-Número no CRO<br>8958                      |          | 28-UF<br>BA                                                                               |        | 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                                                                                           | 17                | O                                                                                                     | 1      | 61,00                                         | 0,00     |                                                                                           | S      | 04/12/21                                        | Anglaciela                       |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA                                                                                           | 18                | O                                                                                                     | 1      | 61,00                                         | 0,00     |                                                                                           | S      | 04/12/21                                        | Anglaciela                       |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>04/12/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                   |                                                                                                       |        | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial |          | 46-Total Quantitativo US<br>122,00                                                        |        | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                                                              |                   |                                                                                                       |        |                                               |          |                                                                                           |        |                                                 |                                  |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>04/12/21 Dr. Taynan Pinheiro Souza CRO-BA: 19327                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                              |                   | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>04/12/21 Dr. Taynan Pinheiro Souza CRO-BA: 19327 |        |                                               |          | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>04/12/21 Anglaciela S. Nunes |        | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>04/12/21 |                                  |