



471514  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão de Guia<br>01/06/2012 | 4-Data de Autorização<br>11/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número de Guia Principal<br>8275362 | 7-Data Validade da Senha<br>01/11/2015 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                              |  |                                |  |                                      |  |                                     |  |                                                                  |  |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|
| 8-Dados do Beneficiário                      |  | 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>ANTONIO LUCAS VIANA DO NASCIMENTO |  | 14-Telefone<br>( ) - / -       |  | 15-Data de Nascimento<br>08/05/1998  |  | 16-Data de Emissão<br>( ) - / -     |  | 17-Nome do Titular do plano<br>ANTONIO LUCAS VIANA DO NASCIMENTO |  |

|                                                              |  |                                                            |  |                          |  |                 |  |                       |  |                                             |  |
|--------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|-----------------|--|-----------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 18-Atendimento a RN<br>N                                     |  | 19-Nome do Profissional Solitante<br>ODONTODENT TAGUATINGA |  | 20-Número do CRO<br>4992 |  | 21-UF<br>DF     |  | 22-Código CBO 8<br>01 |  | 23-Data de Emissão<br>025 - Faturar Empresa |  |
| 24-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>6111282011010         |  | 25-Nome do Contratado Executante<br>YEDA ALMEIDA RODRIGUES |  | 26-Número do CRO<br>4992 |  | 27-UF<br>DF     |  | 28-Código CBO 8       |  | 29-Data de Emissão                          |  |
| 30-Nome do Profissional Executante<br>YEDA ALMEIDA RODRIGUES |  | 31-Número do CRO<br>4992                                   |  | 32-UF<br>DF              |  | 33-Código CBO 8 |  | 34-Data de Emissão    |  | 35-Data de Emissão                          |  |

| 36-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados | 37-Descrição            | 38-Dente/Região | 39-Face | 40-35-Qtd | 41-Quantidade US | 42-Valor | 43-Franquia/Co-participação R\$ | 44-Aut | 45-Data de Realização | 46-Motivo da Omissão | 47-Assinatura |
|----------------------------------------------------|-------------------------|-----------------|---------|-----------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------|---------------|
| 1-01085300047                                      | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1         | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 11/10/2012            |                      | Antônio       |
| 2-01085300047                                      | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1         | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 11/10/2012            |                      | Antônio       |
| 3-01085300047                                      | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1         | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 11/10/2012            |                      | Antônio       |
| 4-01085300047                                      | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1         | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 11/10/2012            |                      | Antônio       |
| 5-010811000065                                     | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1         | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 11/10/2012            |                      | Antônio       |
| 6-                                                 |                         |                 |         |           |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 7-                                                 |                         |                 |         |           |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 8-                                                 |                         |                 |         |           |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 9-                                                 |                         |                 |         |           |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 10-                                                |                         |                 |         |           |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 11-                                                |                         |                 |         |           |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 12-                                                |                         |                 |         |           |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 13-                                                |                         |                 |         |           |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 14-                                                |                         |                 |         |           |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 15-                                                |                         |                 |         |           |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |

|                                                   |                                                                                                            |                                             |                            |                             |                                         |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 48-Data de Realização do Tratamento<br>11/10/2012 | 49-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 50-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 51-Quantidade US<br>178,00 | 52-Valor Total R\$<br>67,69 | 53-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, é (s) 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.

|                |                                                                                                                  |                                                                                 |                                        |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 54-Observações | 55-Data, local e Assinatura do Contratado Executante / Responsável<br>11/10/2012 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO 4992 | 56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/10/2012 Antônio | 57-Data, local e Assinatura da Empresa |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|