



1269127  
INTERCÂMBIO

|                          |                                              |                                          |                       |                                        |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 5 / 1 2 / 2 2 | 4-Data de Autorização<br>1 5 / 1 2 / 2 2 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>10704250 | 7-Data Validade da Senha<br>1 5 / 0 3 / 2 3 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                               |                                |                                      |                                                                    |                                       |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 5 2 5 5 9 2 0 0 0 0 1 0 1 | 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>TATIANA FERNANDA DOS SANTOS CAMARGO                | 04/11/1983                     | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>TATIANA FERNANDA DOS SANTOS CAMARGO |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                 |                                                                  |                            |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JAQUELINE PAIXAO DE SOUSA | 18-Número no CRO<br>124756 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>3 4 2 5 5 8 2 0 8 9 9    | 22-Nome do Contratado Executante<br>JAQUELINE PAIXAO DE SOUSA    | 23-Número no CRO<br>124756 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JAQUELINE PAIXAO DE SOUSA |                                                                  | 27-Número no CRO<br>124756 | 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-        | 0 0   8 4 0 0 0 1 9 8     | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 3 5   0 0        | 0,00     |                                 | S      | / /                   |                     |               |
| 2-        | 0 0   8 4 0 0 0 1 9 8     | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 3 5   0 0        | 0,00     |                                 | S      | / /                   |                     |               |
| 3-        | 0 0   8 4 0 0 0 1 9 8     | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 3 5   0 0        | 0,00     |                                 | S      | / /                   |                     |               |
| 4-        | 0 0   8 4 0 0 0 1 9 8     | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 3 5   0 0        | 0,00     |                                 | S      | / /                   |                     |               |
| 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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1 4   0 0 | 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>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ / | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|