



573216  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/06/21 | 4-Data de Autorização<br>16/06/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8662287 | 7-Data Validade da Senha<br>01/09/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                             |                                |                                      |                                                            |                                       |
|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020253849470000101 | 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>JANIELE FERREIRA DOS SANTOS      |                                | 14-Telefone<br>(_) _ _ _ _           | 15-Nome do titular do plano<br>JANIELE FERREIRA DOS SANTOS |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                         |                                                                          |                           |             |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ELIZANGELA REBECA DA SILVA SANTOS | 18-Número no CRO<br>14900 | 19-UF<br>PE | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>09194609411                      | 22-Nome do Contratado Executante<br>ELIZANGELA REBECA DA SILVA SANTOS    | 23-Número no CRO<br>14900 | 24-UF<br>PE | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ELIZANGELA REBECA DA SILVA SANTOS |                                                                          | 27-Número no CRO<br>14900 | 28-UF<br>PE | 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      | 34              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/06/21              |                     | Janick        |
| 2         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 35              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/06/21              |                     | Janick        |
| 3         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 37              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/06/21              |                     | Janick        |
| 4         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 38              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/06/21              |                     | Janick        |
| 5         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 46              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/06/21              |                     | Janick        |
| 6         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 45              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/06/21              |                     | Janick        |
| 7         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 26              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/06/21              |                     | Janick        |
| 8         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 27              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/06/21              |                     | Janick        |
| 9         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/06/21              |                     | Janick        |
| 10        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/06/21              |                     | Janick        |
| 11        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/06/21              |                     | Janick        |
| 12        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/06/21              |                     | Janick        |
| 13        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/06/21              |                     | Janick        |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     | Janick        |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     | Janick        |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>16/06/21 | 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>666,00 | 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 no 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>16/06/21 <i>Dr. Elizangela Rebeca S. Santos</i><br>Cirurgião - Dentista<br>CRO-PE: 14900 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>16/06/21 <i>Dr. Elizangela Rebeca S. Santos</i><br>Cirurgião - Dentista<br>CRO-PE: 14900 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/06/21 <i>Janick F. dos Santos</i> | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>16/06/21 <i>COMPANHIA DO SORRISO</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|



561748  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/05/21 | 4-Data de Autorização<br>12/06/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8622542 | 7-Data Validade da Senha<br>12/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202537759000000101 | 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>SUELY DE ANDRADE GUEDES DA SILVA | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>SUELY DE ANDRADE GUEDES DA SILVA |
|---------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                         |                                                                          |                           |                 |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ELIZANGELA REBECA DA SILVA SANTOS | 18-Número no CRO<br>14900 | 19-UF<br>PE     | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>09194609411                      | 22-Nome do Contratado Executante<br>ELIZANGELA REBECA DA SILVA SANTOS    | 23-Número no CRO<br>14900 | 24-UF<br>PE     | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ELIZANGELA REBECA DA SILVA SANTOS | 27-Número no CRO<br>14900                                                | 28-UF<br>PE               | 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         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/06/21              |                    | Suely         |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/06/21              |                    | Suely         |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/06/21              |                    | Suely         |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/06/21              |                    | Suely         |
| 5         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/06/21              |                    | Suely         |
| 6         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 23              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/06/21              |                    | Suely         |
| 7         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 13              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/06/21              |                    | Suely         |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>23/06/21 | 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>300,00 | 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>12/06/21 Elizangela Rebeca S. Santos<br>Cirurgiã - Dentista<br>CRO-PE: 14900 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/06/21 Elizangela Rebeca S. Santos<br>Cirurgiã - Dentista<br>CRO-PE: 14900 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/06/21 Suely de A. G. da Silva | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>COMPANHIA DO SORRISO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|