



|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão de Guia<br>05/01/21 | 4-Data de Autorização<br>19/01/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8172108 | 7-Data Validade da Senha<br>05/04/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

447488  
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

|                                             |                                |                                      |                                     |                                       |
|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020253410700000102 | 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

|                 |            |                      |                                                         |
|-----------------|------------|----------------------|---------------------------------------------------------|
| ALVANDIR ROSADO | 19/12/1969 | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>PRISCILA DA SILVA ROSADO |
|-----------------|------------|----------------------|---------------------------------------------------------|

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                |                           |             |                          |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>BRUNA DA SILVA OLIVEIRA | 18-Número no CRO<br>26161 | 19-UF<br>RS | 20-Código CBO S<br>025 - |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------|

Faturar Empresa

|                                                    |                                                             |                           |             |                |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPE<br>84576537091 | 22-Nome do Contratado Executante<br>BRUNA DA SILVA OLIVEIRA | 23-Número no CRO<br>26161 | 24-UF<br>RS | 25-Código CNES |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

26-Nome do Profissional Executante

BRUNA DA SILVA OLIVEIRA

|                           |             |                 |
|---------------------------|-------------|-----------------|
| 27-Número no CRO<br>26161 | 28-UF<br>RS | 29-Código CBO S |
|---------------------------|-------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela                              | 31-Código do Procedimento                                                        | 32-Descrição           | 33-Dentista/Região     | 34-Face            | 35-Qtd                                  | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glisa | 42-Assinatura |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0                                    | 0                                                                                | 8 1 0 0 0 0 3 0        |                        |                    | 1                                       | 3 4              | 0 0      |                                 |        |                       |                    |               |
| 2-0                                    | 0                                                                                | 8 5 3 0 0 0 4 7        | HASE                   |                    | 1                                       | 3 6              | 0 0      |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-0                                    | 0                                                                                | 8 5 3 0 0 0 4 7        | HASE                   |                    | 1                                       | 3 6              | 0 0      |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-0                                    | 0                                                                                | 8 5 3 0 0 0 4 7        | HAID                   |                    | 1                                       | 3 6              | 0 0      |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-0                                    | 0                                                                                | 8 5 3 0 0 0 4 7        | HASD                   |                    | 1                                       | 3 6              | 0 0      |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-0                                    |                                                                                  |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-0                                    |                                                                                  |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-0                                    |                                                                                  |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-0                                    |                                                                                  |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-0                                   |                                                                                  |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-0                                   |                                                                                  |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-0                                   |                                                                                  |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-0                                   |                                                                                  |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-0                                   |                                                                                  |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-0                                   |                                                                                  |                        |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento                                                           | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
|                                        | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial      |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

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 de Cirurgião-Dentista Solicitante<br>BRUNA OLIVEIRA | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>BRUNA OLIVEIRA | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>Alvandir | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|

Cirurgiã Dentista  
CRO/RS 26161