



1682291  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/11/23 | 4-Data de Autorização<br>17/11/23 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>11879496 | 7-Data Validade da Senha<br>11/02/24 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                 |                                |                                      |                                                    |                                       |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020257891770000102     | 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>PETERSON RICARDO DEGERING DOS SANTOS |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>ANA ANADIR DEGERING |                                       |

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 / CNPJ / CPF<br>08848516000100           | 22-Nome do Contratado Executante<br>R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME | 23-Número no CRO<br>8958 | 24-UF<br>BA | 25-Código CNES<br>6127290                |
| 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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLOGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 17/11/23              |                    |               |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 |         | 1      | 144,00           | 0,00     |                                 | S      | 17/11/23              |                    |               |
| 3         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                |                            |                                               |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>17/11/23 | 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-Valor Estimado US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Valor Total Faturado / 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(ram) 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>17/11/23 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas<br>Cirurgião - Dentista<br>CRO - BA 8958 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>17/11/23 Dr. Paloma A. Gonçalves<br>Cirurgiã - Dentista<br>CRO - BA 23213 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>17/11/23 Ana Anadir Degering<br>Beneficiária | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>17/11/23 DENTAL UNI COOPERATIVA<br>Cirurgiã - Dentista<br>CRO - BA 23213 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|