



450531

INTELMÁMBIO

|                                                                |                                                                |                                      |                                                             |                                       |                                     |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 3-Cidade de Emissão de Guia<br>11/01/21                        | 4-Data de Autenticação<br>13/01/21   | 5-Sexo<br>AUTORIZADO                                        | 6-Número da Guia Principal<br>8182471 | 7-Data Validade da Guia<br>11/04/21 |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                                |                                      |                                                             |                                       |                                     |
| 8-Número do Cartão<br>0020253168600000101                      | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade do Cartão<br>11/11/21                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                     |
| 13-Nome<br>ALEX COSTA DA SILVA OLIVEIRA                        |                                                                | 14-Telefone<br>1201/1988             | 15-Nome do titular do plano<br>ALEX COSTA DA SILVA OLIVEIRA |                                       |                                     |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |                                                                |                                      |                                                             |                                       |                                     |
| 16-Atendimento a RH<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MARINA MOREIRA SALVADOR | 18-Número do CRO<br>40774            | 19-UF<br>RJ                                                 | 20-Código CBO 8                       | Faturar Empresa                     |
| 21-Código de Operadora / CNPJ / CNP<br>58329005615             | 22-Nome do Contratado Encarregado<br>MARINA MOREIRA SALVADOR   | 23-Número do CRO<br>40774            | 24-UF<br>RJ                                                 | 25-Código CNE 8                       |                                     |
| 26-Nome do Profissional Encarregado<br>MARINA MOREIRA SALVADOR |                                                                | 27-Número do CRO<br>40774            | 28-UF<br>RJ                                                 | 29-Código CBO 8                       |                                     |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Diagnóstico          | 33-Dentista/Plano | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Gloriosa | 42-Atividade |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-------------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| 1         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD              | 1       | 1      | 38,00            | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 11/01/21              | alu                   | alu          |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HABD              | 1       | 1      | 38,00            | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 11/01/21              | alu                   | alu          |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE              | 1       | 1      | 38,00            | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 11/01/21              | alu                   | alu          |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE              | 1       | 1      | 38,00            | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 11/01/21              | alu                   | alu          |
| 5         |                           |                         |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                       |              |
| 6         |                           |                         |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                       |              |
| 7         |                           |                         |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                       |              |
| 8         |                           |                         |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                       |              |
| 9         |                           |                         |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                       |              |
| 10        |                           |                         |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                       |              |
| 11        |                           |                         |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                       |              |
| 12        |                           |                         |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                       |              |
| 13        |                           |                         |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                       |              |
| 14        |                           |                         |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                       |              |
| 15        |                           |                         |                   |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                       |              |

|                                                    |                                                                                                              |                                             |                                    |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>11/01/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantitativo US<br>144,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

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>11/01/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado<br>11/01/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/01/21 | 53-Data, local e Contato da Empresa<br>11/01/21 |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Marina Moreira Salvador  
Cirurgião-Dentista  
CRO-RJ 40774  
Especialista Implantodontia