

2-N



828681
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	3-Dia de Emissão do Guia 10/4//011//2121	4-Dia de Autorização 10/4//011//2121	5-Sistema AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9436922	7-Dia de Validade da Guia 10/4//014//2121
------------------------	---	---	-------------------------	---------------------------------------	--

828681

INTERCÂMBIO

6-Número do Carteira	0 0 2 1 0 2 1 5 1 4 4 6 1 6 5 1 0 0 1 0 1 1 0 1 1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	12/06/1992
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome do Titular do plano	HIAGO AMORIM CAMILLO
14-Teléfono	(217) 9 2 8 4 1 8 4 1 0
15-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento	HIAGO AMORIM CAMILLO

16-Aliamento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-U/F		20-Código CBO S	
N		EQUILIBRIO ODONTOLOGIA LTDA		5201		ES		06	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Especiente		23-Número no CRO		24-U/F		25-Código CNE S	
10.19.1210.91716.7.3.13		LUANA RENATA FERNANDES POSTIGLIONE		5201		ES			
26-Nome do Profissional Especiente		27-Número no CRO		28-U/F		29-Código CBO S			
LUANA RENATA FERNANDES POSTIGLIONE		5201		ES					

025 -

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cód	36-Quantidade US	37-A/Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Pac	40-Cas de Realização	41-Método de Clima	42-Assinatura
1-0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA				13 4 0 0	0 0 0 0					Hinge
2-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0 0 0 0					Hinge
3-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0 0 0 0					Hinge
4-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0 0 0 0					Hinge
5-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0 0 0 0					Hinge
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia: Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tot. Quantidade US

47-A/Valor Total R\$

48-Tot. Franquia / Co-participação R\$

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

1-1-Total 2-Parcial

Dr.ª Luciana Pestiglini

Ortodontista

CRO 5201-ES

Equipe de Odontologia Uda-Wt

Alameda Brasil, 190

Edifício Esplanada

Vila Velha - ES

CEP 6067-1904

050-44-1110

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a atuar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Chefe-Diretor Solicitante	04/11/2023	Guarany Pestigiani
51-Data, local e Assinatura do Chefe-Diretor	04/11/2023	Guarany Pestigiani
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	04/11/2023	x Thiago Amorim
53-Data, local e Campo da Empresa	04/11/2023	