



342331
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 2 0 0 0 7 1 2 0 0 4-Data de Autorização 13 0 0 0 7 1 2 0 0 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7719057 7-Data Validade da Sentença 1 8 1 1 0 1 2 0 0

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 8 6 1 6 8 0 0 0 0 0 1 0 1 1 9-Primo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANGELO VIANA BARBOZA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANGELO VIANA BARBOZA

16-Atendimento a RV 17-Nome de Profissional Solicitante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL 18-Número no CRO 40848 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85400149-14

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 2 5 6 5 8 3 7 0 6 22-Nome do Contratado Executante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL 23-Número no CRO 40848 24-UF RJ 25-Código CNES 26-UF RJ 27-Número no CRO 40848 28-Código CBO S

29-Nome do Profissional Executante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL 30-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-Selentura
1-0	0	8 5 4 0 0 1 4 9	COROA TOTAL METÁLICA	14	1	4 7 2 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 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 este 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: 28/08/2023, Curitiba, PR, CRO/RJ 40848 51-Data, local e Assinatura do Especialista: 28/08/2023, Curitiba, PR, CRO/RJ 40848 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 28/08/2023, Curitiba, PR, CRO/RJ 40848 53-Data, local e Carimbo da Empresa: NEE CENTRO ODONTOLÓGICO LTDA - EPP CNPJ: 28.096.564/0001-86