



|                          |                                         |                                     |                         |                                       |                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>400414 | 3-Data de Emissão do Guia<br>10/08/2020 | 4-Data de Autorização<br>10/08/2020 | 5-Sentido<br>AUTORIZADO | 6-Número do Guia Principal<br>7773006 | 7-Data validade do Guia<br>08/11/2020 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

353779  
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

|                                            |                                |                                      |                                        |                                                   |
|--------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 8-Número do Cartão<br>00202526488500000103 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data validade do Cartão<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Representante do Beneficiário |
|--------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|

|                                 |                           |                                                           |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>ROBERTA RUFINO MIONE | 14-Teléfono<br>19/08/1988 | 15-Nome do Médico do plano<br>LUIZ HENRIQUE BLAZ FERREIRA |
|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                            |                                                               |                           |             |                        |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------|
| 16-Identificação e RG<br>N | 17-Nome do Profissional Substituto<br>MARINA MOREIRA SALVADOR | 18-Número no CBO<br>40774 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO 8<br>025 |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------|

|                                                   |                                                              |                           |             |                 |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 21-Código no Convênio - CNPQ - CIP<br>58329005615 | 22-Nome do Contratado Responsável<br>MARINA MOREIRA SALVADOR | 23-Número no CBO<br>40774 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CBO 8 |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|

|                                                                |                           |             |                 |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Responsável<br>MARINA MOREIRA SALVADOR | 27-Número no CBO<br>40774 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO 8 |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Substituídos

| 30-Teléfono  | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Quantidade | 34-Preço | 35-CBO | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Ant | 40-Data de Realização | 41-Médico do Plano | 42-Autorização |
|--------------|---------------------------|--------------|---------------|----------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|----------------|
| 1-0082001707 |                           | ULECTOMIA    | 30            | 1        | 6400   | 000              | 000      | 5120920                         |        |                       | Roberto R. Mione   |                |
| 2-0082001707 |                           | ULECTOMIA    | 48            | 1        | 6400   | 000              | 000      | 5120300                         |        |                       | Roberto R. Mione   |                |
| 3-           |                           |              |               |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 4-           |                           |              |               |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 5-           |                           |              |               |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 6-           |                           |              |               |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 7-           |                           |              |               |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 8-           |                           |              |               |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 9-           |                           |              |               |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 10-          |                           |              |               |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 11-          |                           |              |               |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 12-          |                           |              |               |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 13-          |                           |              |               |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 14-          |                           |              |               |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 15-          |                           |              |               |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |

|                                                      |                                                                                                            |                                            |                                  |                           |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Prescrição Termino do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Atendimento Consultivo 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implantes/Coronários | 45-Tipo de Tratamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>128000 | 47-Valor Total R\$<br>000 | 48-Total Franquia - Co-participação R\$ |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo minha apresentação, aceite e submissão a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, é (são) necessário(s) para meu bem-estar 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-Assinatura |
|---------------|

|                                                                             |                                                                     |                                                          |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 50-Carteira, Assinatura e Assinatura do Profissional Substituto<br>11/11/11 | 51-Data total e Assinatura do Profissional Substituto<br>12/10/2020 | 52-Data total e Assinatura do Beneficiário<br>12/10/2020 | 53-Data total e Assinatura do Profissional Responsável<br>12/10/2020 |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

**Marina Moreira Salvador**  
Cirurgiã - Dentista  
CBO-RJ: 40774  
Especialista Implantes e Prótese