



334274
INTERCÂMBIO

1-Registro A.N.S. 408414 2-Data de Emissão da Guia 10/04/2017 3-Data de Autorização 16/07/2017 4-Será AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 7682938 6-Tipo Validado da Guia 012/10/12/10

8-Atividade de C. Atividade 10/02/02/5/3/03/6/6/5/0/0/0/0/0/1/0/1

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Atividade ALCIONE DA SILVA ALPIO

13/09/1961

14-Teléfono

15-Nome do titular do plano ALCIONE DA SILVA ALPIO

16-Atividade Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL

18-Número do C.F.O. 40848

19-L.F. RJ

20-Código CBO S 025 -

Faturar Empresa

21-Código do Operador / CNPJ / CPF 110256583706

22-Nome do Contratado Estudante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL

23-Nome do CBO 40848

24-L.F. RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL

27-Número do C.F.O. 40848

28-L.F. RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Teoria	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Di	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1-0	0	8 2 0 0 0 8 1 6	EXODONTIA A RETALHO	11		7 3 10 0	0 0 0 0					
2-0	0	8 2 0 0 0 8 1 6	EXODONTIA A RETALHO	21		7 3 10 0	0 0 0 0					
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Final do Tratamento 14-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Enxerto 45-Tipo de Faturamento 1-Fixo 2-Parcial 46-Total Descontado US 1 4 6 0 0 47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente atendido sobre os princípios, regras, custos e alternativas de tratamento, conforme minha apresentação, aceito a realização da execução do tratamento comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e aceitar, com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) profissional(is) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (e)fora(m) realizado(s) com total conhecimento 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, conforme prometo-me a aceitar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Data de Assinatura

28/08/2017

28/08/2017

28/08/2017

28/08/2017

28/08/2017

28/08/2017

28/08/2017

28/08/2017

28/08/2017

28/08/2017

28/08/2017

ALICE CENTRO ODONTOLÓGICO
LTD.A - EPP
CNPJ: 28.496.564/0001-86