



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/6/10/12/0	4-Dia de Autorização 10/8/10/12/0	5-Semeta AUTORIZADO	6-Valor da Guia Principal 7936219	7-Dia Validade da Semeta 10/4/10/12/1
--------------------------	--	--------------------------------------	------------------------	--------------------------------------	--

390435
INTERCÂMBIO

5-Número da Carteira 0100210121513116115150010101011011	6-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Datas Validadas da Carteira / / / / / / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSEANE SANTOS MENDES DE MORAES	30/08/1995	14-Telefone () () () () () () () () () ()	15-Nome do titular do plano ROSEANE SANTOS MENDES DE MORAES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE NERY DE LIMA CLINICA ODONTOLOGICA	18-Uf SP	20-Código CBO 5 02	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13114101101258154	22-Nome do Contratado Estudante ALINE NERY DE LIMA	23-Número no CRO 90936	24-Uf SP	Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100218
25-Nome do Profissional Estudante ALINE NERY DE LIMA	26-Número no CRO 90936	28-Uf SP	29-Código CBO 5 (1) 85100200	

32-Tabella	31-Código do Procedimento	33-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Adm	40-Dia de Realização	41-Medico da Clínica	42-Autorizadora
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	22	MY	1	8 8 0 0	0,00	0,00	S	02/11/20		✓Renam
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	25	OM	1	8 8 0 0	0,00	0,00	S	02/11/20		✓Renam
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	24	OD	1	8 8 0 0	0,00	0,00	S	02/11/20		✓Renam
4-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	26	OP	1	8 8 0 0	0,00	0,00	S	02/11/20		✓Renam
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	35	O	1	6 1 0 0	0,00	0,00	S	11/11/20		✓Renam
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	37	O	1	6 1 0 0	0,00	0,00	S	11/11/20		✓Renam
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	38	O	1	6 1 0 0	0,00	0,00	S	11/11/20		✓Renam
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	44	O	1	6 1 0 0	0,00	0,00	S	06/11/20		✓Renam
9-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	46	MOV	1	1 2 2 0 0	0,00	0,00	S	06/11/20		✓Renam
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	48	O	1	6 1 0 0	0,00	0,00	S	06/11/20		✓Renam
11-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	HASD		1	3 6 0 0	0,00	0,00	S	06/11/20		✓Renam
12-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	HASE		1	3 6 0 0	0,00	0,00	S	06/11/20		✓Renam
13-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	HAID		1	3 6 0 0	0,00	0,00	S	06/11/20		✓Renam
14-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	HAIE		1	3 6 0 0	0,00	0,00	S	06/11/20		✓Renam
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Abandono

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

45-Tipo de Faturamento

1-Parcial 2-Total

46-Total Quantidade US

9 12 3 0 0

47-Valor Total R\$

0,00

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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagador 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.

43-Observação

50-D/2a. Local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante

51-Da data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista:

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

~~64th Mary de Limer~~

CRO: 90.936