



1. Registro ANS 408414 3. Data de Emissão da Guia 29/06/20 4. Data de Autorização 30/06/20 5. Semia AUTORIZADO 6. Número da Guia Principal 7669835 7. Data Validade da Semia 27/09/20 8. Número da Guia 331372

INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8. Número da Carteira 00202530366000000102 9. Plano POS REDE PRESTADORA

10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11. Data Validade da Carteira 11/11/11

12. Nome do titular do Plano JACQUELINE CAMPOS CASTELLO BRANCO

13. Número do Cartão Nacional de Saúde

13. Nome RAFAELA CAMPOS VITORIANO

10/06/2000

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16. Atendimento a RN 17. Nome do Profissional Solicitante N RAQUEL ALEGRE

22. Nome do Contratado Executante RAQUEL ALEGRE

18. Número no CRO 35965

19. UF RJ

20. Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 1711250315234

23. Número no CRO 35965

24. UF RJ

25. Código CNES

26. Nome do Profissional Executante RAQUEL ALEGRE

27. Número no CRO 35965

28. UF RJ

29. Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Foco	35. Cid	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut.	40. Data de Realização	41. Motivo da Gloriosa	42. Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00					
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00					
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00					
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00					
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00					
6	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00					
7	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00					
8	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00					
9	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00					
10	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00					
11	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00					
12	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00					
13	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00					
14	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00					
15	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00					
43. Data Prevista Término do Tratamento	44. Tipo de Atendimento	45. Tipo de Faturamento	46. Total Quantidade US	47. Valor Total R\$	48. Total Franquia / Co-participação R\$							
11/06/20	1 - Tratamento Odontológico	2 - Exame Radiológico	3 - Ortopedia	4 - Urgência/Emergência	1 - Total 2 - Parcial	1178,00	0,00					

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 esse 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 Solicitante

11/06/20 11:40

51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/06/20 11:40

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/06/20 11:40

53. Data, local e Carimbo da Empresa

11/06/20 11:40

Dr. Renan A. Barbosa
Cirurgião-Dentista
CRBIO 35965