



|                                          |            |        |
|------------------------------------------|------------|--------|
| 1 - Registro ANS                         | 06/04/21   | 406414 |
| 2 - Data de Emissão da Guia              | 06/04/21   |        |
| 3 - Data de Autorização                  | 06/04/21   |        |
| 4 - Status                               | AUTORIZADO |        |
| 5 - Número da Guia Principal             | 8452370    |        |
| 6 - Data Validade da Guia                | 05/07/21   |        |
| <div>515679</div> <div>INTERCAMBIO</div> |            |        |

|                                                               |  |                               |  |                                       |  |                                                                       |  |                                         |  |
|---------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| 1-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 3 3 4 8 5 0 0 0 0 0 1 0 1 |  | 2-Nome<br>POS REDE PRESTADORA |  | 10-Endereço<br>DENTAL UNI COOPERATIVA |  | 11-Cidade, Estado ou País<br>/ /                                      |  | 12-Nome do Cartão: Nome(s) de Sobrenome |  |
| 3-Nome<br>RAFAELE MARIANE SANTOS SILVA DE SOUSA               |  | 07/06/1997                    |  | 14-Telefone<br>( ) - - - - -          |  | 15-Nome do titular do cartão<br>RAFAELE MARIANE SANTOS SILVA DE SOUSA |  |                                         |  |

[illegible]

| Ramo de Trabalho / Procedimento Gerencial |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
|-------------------------------------------|-----------------------------|----------------|-----------------|------------|-----------|--------------------|------------|----------------------------------|-----------|-----------------------|-------------------------|
| 3- Tabela                                 | 3-1- Código do Procedimento | 3-2- Descrição | 3-3- Referência | 3-4- Freq. | 3-5- Cód. | 3-6- Quantidade US | 3-7- Valor | 3-8- Frequência Participação R\$ | 3-9- Anos | 3-10- Data de Entrada | 3-11- Motivo da Entrada |
| 1                                         | 0                           | 8              | 1               | 0          | 0         | 0                  | 3          | 0                                |           |                       |                         |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA                     |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
| 2                                         |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
| 3                                         |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
| 4                                         |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
| 5                                         |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
| 6                                         |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
| 7                                         |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
| 8                                         |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
| 9                                         |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
| 10                                        |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
| 11                                        |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
| 12                                        |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
| 13                                        |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
| 14                                        |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |
| 15                                        |                             |                |                 |            |           |                    |            |                                  |           |                       |                         |

4-3- Data prevista para o início do Trabalho

4-4- Tipo de atendimento

4-5- Tratamento: 1- Diagnóstico 2- Exatidão 3- Consulta 4- Acompanhamento

4-6- Tipo de Participação

4-7- Valor Total R\$

4-8- Valor Total R\$

4-9- Data Fim do Trabalho

Assinatura: *[Assinatura]*

Assinatura: *[Assinatura]*

caso mencionado

continued

[illegible]

~~Cirurgia Bucodentofacial~~  
CBO - RJ 45849