



419899 INTERC

7-Data Validade da Senha 14/02/21	6-Número da Guia Principal 419899	5-Senha AUTOREZAB	4-Data de Autorização 16/11/20	3-Data de Emissão da Guia 16/11/20	2-Registro ANS 406414
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------

9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Identificação
POS REDE PRESTADORA	COOPERJ	/	7095036980921

13- Nome	MEY, IN BAUTISTA GUTIERREZ
14- Telefone	() -
15- Nome do titular do plano	GUIDO GERSON ESPIRITU LEDESMA

16-Alendiniento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA	18-Número no CRO 8132	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
---------------------------	--	---------------------------------	--------------------	---------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4-5-7-6-0-2-8-4-7-6-8-0	22-Nome do Contratado Excecilante MARILINE MOREIRA GUINIA	23-Número no CRO 0422	24-JF D-1	25-Código CNES
--	--	--------------------------	--------------	----------------

4	5	7	0	0	3	0	1	0	0	MARILENE MOREIRA CUNHA		
26-Nome do Profissional Executante										27-Número no CRO	28-JF	29-Código CBO S
										0132		

MARILENE MOREIRA CUNHA	8132	RJ
------------------------	------	----

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data
------------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	---------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

11

12 | _____

[illegible][illegible]

43-Data Previsão	Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
				178100	0

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.

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

[illegible]

ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CBO/RJ 8132

