



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/01/1/211	4-Data de Autorização 12/8/01/1/211	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8188409	7-Data Validade da Senha 11/2/01/4/1211
8-Número da Carteira 0101210215134103171710101010110131			9-Plano POS REDE PRESTADORA		

452134
INTERCÂMBIO

13-Nome MARCELO AUGUSTO LEMOS VIANACELLO	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano DENISE LEMOS VIANA	

16-Atendimento a RM N	17-Atendimento a RM BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	18-Número no CRO 26161	19-UF RS
--------------------------	--	---------------------------	-------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1845165370911	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	23-Número no CRO 26161	24-UF RS
--	---	---------------------------	-------------

26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	27-Número no CRO 26161	28-UF RS	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010	8140001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			22/01/23	MAKCELO	
2-010	8140001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			22/01/23	MAKCELO	
3-010	8140001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			22/01/23	MAKCELO	
4-010	8140001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			22/01/23	MAKCELO	
5-010	8130000189	EXODONTIA SIMPLES DE	52	1	1	73,00	0,00			22/01/23	MAKCELO	
6-111												
7-111												
8-111												
9-111												
10-111												
11-111												
12-111												
13-111												
14-111												
15-111												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/1/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1213,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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 no 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 22/01/23 300000	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/23 300000	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/23 MARCELO AUGUSTO LEMOS VIANACELLO	53-Data, local e Contato da Empresa 11/1/11
--	--	--	--

Bruna Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161