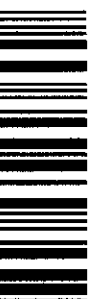




1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---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



Indicativo para uso interno

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 03/01/11 4-Data de Autorização 01/11/12 5-Será AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 796679 7-Data Validade da Serina 12/8/10 8-Data Validade da Serina 12/12/21

796679
INTERCÂMBIO

8-Número do Cartão 0101202540192500000102 9-Paro POS REDE PRESTADORA 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade de Cartão 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GUSTAVO MARINHO CLEMENTE DA ROCHA 30/03/2004 14-Idade () 15-Nome do titular do plano FERNANDO JORGE DA ROCHA

16-Alimentação e RN 17-Nome do Profissional Solicitante MICHELLE ALVES PEREIRA 18-Número no CRO 39460 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora CNPJ / CFP 1117562811742 22-Nome do Contratado Executante MICHELLE ALVES PEREIRA 23-Número no CRO 39460 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante MICHELLE ALVES PEREIRA 27-Número no CRO 39460 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Valor
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	6 1 0 0 0	0 0 0 0	15 0 7 1 0 1 2 1 8 1			
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	6 1 0 0 0	0 0 0 0	15 0 7 1 0 1 2 1 8 1			
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Taxa Quantidade US 1 2 2 1 0 0 47-Valor Total R\$ 10 0 0 0 48-Taxa Franquia / Co-participação R\$

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e 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 assistiu e 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 10/12/11 12/12/11 RS 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/11 12/12/11 RS 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/12/11 12/12/11 RS 53-Data, local e Contraponto Empresa 10/12/11 12/12/11 RS

Integradas Médicas



1-Realização ANS 408414 2-Data de Emissão de Guia 21/01/21 3-Data de Autorização 21/01/21 4-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9419709 7-Data Vencimento da Guia 12/01/21

822104
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101020254399790000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Vencimento da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome JACQUELINE FELIÃO PIRES 14-Telefone 28/12/1980 15-Nome do titular do plano JACQUELINE FELIÃO PIRES

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante MICHELLE ALVES PEREIRA 18-Atendimento a RN N 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código de Operador / CNO / CDP 111756281742 22-Nome do Contratado Exatante MICHELLE ALVES PEREIRA 23-Número do CNO 39460 24-UF RJ 25-Código CBO S 39460 26-Nome do Profissional Exatante MICHELLE ALVES PEREIRA 27-Número do CNO 39460 28-UF RJ 29-Código CBO S 39460

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fixo	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	810000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00			21/01/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/11/21 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 134,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (for)am realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, 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 Conselho-Dentista Solicitante 12/11/21 em RS 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/21 em RS 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável 12/11/21 em RS 53-Data, local e Contribuição da Empresa 12/11/21 em RS

Integrados do Mên