

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/2012 4-Data de Autorização 18/10/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 12540123 7-Data Validade da Senha 26/10/2012

1899544
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 002025114182000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome FERNANDA DA SILVA MOREIRA 14-Telefone 02/10/1994 15-Nome do titular do plano FERNANDA DA SILVA MOREIRA

16-Atendimento e RN N 17-Nome do Profissional Solicitante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO 18-Número no CRO 24649 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200 21-Código na Operadora / ONPJ / CNPJ 07339630724 22-Nome do Contratado Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO 23-Número no CRO 24649 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO 27-Número no CRO 24649 28-UF RJ 29-Código CBO A

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 de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/07/24		
2	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21		1	258,00	0,00		S	03/08/24		
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DVP	1	122,00	0,00		S	17/08/24		
4	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35		1	258,00	0,00		S			
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DO	1	88,00	0,00		S			
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/07/24 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 760,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 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 17/08/24 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/24 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/24 53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/08/24