


1171294
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 04/11/2022	3-Data de Autorização 07/11/2022	4-Senha AUTORIZADO	5-Numero da Guia Principal 10437536	6-Data Validade da Guia 02/11/2023
7-Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA		9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira / /
11-Numero da Carteira 00202542034200000101		12-Data de Nascimento 19/03/1974		13-Telefone () -	
14-Nome JUSSARA FERREIRA DA SILVA SANTOS		15-Nome do titular do plano JUSSARA FERREIRA DA SILVA SANTOS			
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante NIVALDO ZANELLI JUNIOR		18-Numero no CRO 9761	19-UF RJ
20-Código CBO S 025 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02015177676		22-Numero no CRO 9761	23-UF RJ
24-Código CNES (IF) 85200158-48		25-Nome do Profissional Executante NIVALDO ZANELLI JUNIOR		26-Numero no CRO 9761	27-UF RJ
28-Código CBO S (I) 81000421-					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Cancelamento	42-Assinatura
1-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00			27/10/22		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			27/10/22		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 27/10/22	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Fabricação 1-Total 2-Parcial	46-Total Usado em US 547,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise/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(ram) 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-Reservado	50-Cidade, Estado e Assinatura da Gerência/Carimbo Odontológico / /	51-Data, Hora e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/22	52-Data, Hora e Carimbo da Empresa / /
--------------	--	--	---