

Registro ANS I06414		3-Data de Emissão da Guia 3 1 / 0 7 / 2 3		4-Data de Autorização 2 4 / 0 8 / 2 3		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 11504964		7-Data Validade da Senha 2 9 / 1 0 / 2 3		1551812 INTERCÂMBIO			
Idos do Beneficiário															
Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 7 8 0 8 6 0 0 0 0 1 0 1				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
I-Nome DANIEL LIMA DA SILVA 13/12/1990															
14-Telefone () -															
15-Nome do titular do plano DANIEL LIMA DA SILVA															
Idos do Contratado Responsável pelo Tratamento															
I-Atendimento a RN V		17-Nome do Profissional Solicitante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO						18-Número no CRO 49761		19-UF RJ		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 2 8 8 6 3 3 7 7 3		22-Nome do Contratado Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO						23-Número no CRO 49761		24-UF RJ		25-Código CNES			
I-Nome do Profissional Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO															
27-Número no CRO 49761															
28-UF RJ															
29-Código CBO S															
Ano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
31-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			
-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	1 4 0 0 0	0 0 0		S	2 4 / 1 0 8 / 1 2 3					
-															
-															
-															
-															
-															
-															
-															
-															
0															
1															
2															
3															
4															
5															
I-Data Previsão 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-Total Quantificado US 1 4 0 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0		48-Total Franquia / Co-participação R\$,	
esclare, 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.															
I-Observação															
I-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/2018				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/2018				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/2018				53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/11/2018			