



ZAN

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/01/06 16:25		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14019478		7-Data Validade da Serita 18/09/25		2354967 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0020251216001000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome HORASTOR DOS SANTOS NETO											
14-Telefone											
15-Data de Nascimento 26/09/1977											
16-Atendimento a RN NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ											
17-Nome do Profissional Solicitante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 331198280001112											
22-Nome do Contratado Esculante CELIA GONZALEZ LOPES											
26-Nome do Profissional Esculante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula
1-000181000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		S	20/09/25	
2-0001815200085		REST TEMP TRAT EXPECTANTE	45		1	50,00	0,00		S	20/09/25	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento 4		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 84,00		47-Valor Total R\$		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), folioforam 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-Conservação

Queda de restauração curativo dente 45

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa
	20/09/25	20/09/25	20/09/25
	Cirurgião Dentista	Cirurgião Dentista	Dr. Acyr Gonzalez Lopes
			Cirurgião Dentista
			CRQ 63225