



1579520
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/11/08 4-Dia de Autorização 12/31/08 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11585974 7-Dia Validade da Sentença 11/9/11 11/12/3

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202551293800000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional do Saúde

13-Nome

THIAGO VINICIUS BARBOSA LIMA JACO 17/12/1985 14-Tratante 15-Nome do titular do plano THIAGO VINICIUS BARBOSA LIMA JACO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Affiliamento a PN 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA FERREIRA LOPES 18-Aluno no CRO 11866 19-UF GO 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

14161906000174 AMARIS ODONTOLOGIA LTDA 22-Nome do Contratado Executante 23-Número no CRO 11866 24-UF GO 25-Código CNES 0918490

26-Nome do Profissional Executante

RENATA FERREIRA LOPES 27-Número no CRO 11866 28-UF GO 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Telexia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentifregião	34-Race	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-UF	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	144	0,00	0,00		S	01/02/23	Thiago	
2-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61	0,00		S	01/02/23	Thiago	
3-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61	0,00		S	01/02/23	Thiago	
4-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61	0,00		S	01/02/23	Thiago	
5-00	0851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61	0,00		S	01/02/23	Thiago	
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Prescrito / 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-Parcela 46-Total Quantidade US 1388,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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), sofriam realização(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.

50-Dia Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante 51-Dia Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 54-Dia Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

41 mg Jaco

CRO-GO 11.866