



1-Registro ANS	4066414
2-Diretor Emissor de Guia	14//01//21
4-Caixa de Arquivamento	14//01//21
5-Sentença	PENDENTE DE LIBERAÇÃO
6-Número da Guia Principal	453569
7-Qual Verificação da Sentença	14//01//21

453569
INTERCÂMBIO**Dados do Beneficiário**

84-Número da Carteira	00020253477260000010101
16-Foto	
POS REDE PRESTADORA	
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Dados Validade da Carteira	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div>
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome	ANDREA CRISTINA RIBEIRO SOUZA
14-Telefone	28/05/1984
15-Arte de identificar do plano	ANDREA CRISTINA RIBEIRO SOUZA

Dados do Contraste de Responder pelo Tratamento

16-Alterando para RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	18-Matricula no CRO 114176	19-UF SP	20-Código CBO S
				025

21-Código de Operação / CNPJ / CPF	31939238854
22-Nome do Contribuinte Específico	JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA
23-Número do CRO	114176
24-JF	SP
25-Código UNES	

25-Nome do Profissional Especialista	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CRO S
JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	114176	SP	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[illegible][illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Fraturamento	1-Trital 2-Pastilal
46-Total Quantidade US	3 4 0 0 0 0
47-Valor Total R\$	0 0 0 0 0
48-Total Fiançula / 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. Declaro, ainda que eu(s) procederei ao(s) descrito(s) acima, a por mim assinado(s), livre(e)mente 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observations

Sr. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário	11/01/21
Sr. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/01/21
Sr. Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/01/21
Sr. Data local e Carimbo da Empresa	11/01/21