



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2021	4-Data de Autorização 19/03/2021	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8297919	7-Data Validação da Sentença 14/05/21
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--

476559
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535455000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JULIANO JAIME DA SILVA SOUZA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SAMARA NOVAES CORREA QUINTA
---	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante VICTOR CRUZ CARVALHO DA SILVA	18-Número no CRO 45811	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
-------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16029320777	22-Nome do Contratado Executante VICTOR CRUZ CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 45811	24-UF RJ	25-Código CNEB
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante VICTOR CRUZ CARVALHO DA SILVA	27-Número no CRO 45811	28-UF RJ	29-Código CBO B
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-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-Aux	40-Data de Realização	41-Mês de Cuidado	42-Aux
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			13/02/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/02/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/02/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/02/2021	53-Data, local e Assinatura de Empresa 13/02/2021
---	---	---	--

Victor Cruz Carvalho da Silva Victor Cruz Carvalho da Silva Juliana Jaime da S. Souza Dr. Victor Carvalho
Cirurgião-Dentista
CRORJ 45811