



2-Nº



312915
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 5/12 01	4-Data de Autorização 11/4/10 5/12 01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7560643	7-Data Validada da Sentença 11/1/10 8/12 01
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	B-Número da Carteira	0 0 0 2 0 2 5 2 8 4 8 2 8 0 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 Contrato Na

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DANIELLE DE OLIVEIRA FERREIRA	01/03/1993	DANIELLE DE OLIVEIRA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN		N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
13 8 1 8 6 1 3 9 1 0 4 1 1 1						IRANI XAVIER DE SOUZA		9636		DF				Enviar - RX	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES		26-UF		27-Número no CRO		(f) 85100200	
13 8 1 8 6 1 3 9 1 0 4 1 1 1		IRANI XAVIER DE SOUZA		9636		DF				DF		9636		(f) 85100218	
26-Nome do Profissional Executante		26-Nome do Contratado Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S		28-UF		29-Código CBO S			
IRANI XAVIER DE SOUZA		IRANI XAVIER DE SOUZA		9636		DF		9636		DF		9636			

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados							39-Aut	40-Data
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Régio	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$
1-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	8,8	0,0	
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	6,1	0,0	
3-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	12,2	0,0	
4-								
5-								
6-								
7-								
8-								
9-								
10-								
11-								
12-								
13-								
14-								
15-								

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
☐ 1-1 ☐ 1-2 ☐ 1-3 ☐ 1-4 ☐ 1-5 ☐ 1-6 ☐ 1-7 ☐ 1-8 ☐ 1-9 ☐ 1-10 ☐ 1-11 ☐ 1-12 ☐ 1-13 ☐ 1-14 ☐ 1-15 ☐ 1-16 ☐ 1-17 ☐ 1-18 ☐ 1-19 ☐ 1-20 ☐ 1-21 ☐ 1-22 ☐ 1-23 ☐ 1-24 ☐ 1-25 ☐ 1-26 ☐ 1-27 ☐ 1-28 ☐ 1-29 ☐ 1-30 ☐ 1-31 ☐ 1-32 ☐ 1-33 ☐ 1-34 ☐ 1-35 ☐ 1-36 ☐ 1-37 ☐ 1-38 ☐ 1-39 ☐ 1-40 ☐ 1-41 ☐ 1-42 ☐ 1-43 ☐ 1-44 ☐ 1-45 ☐ 1-46 ☐ 1-47 ☐ 1-48 ☐ 1-49 ☐ 1-50 ☐ 1-51 ☐ 1-52 ☐ 1-53 ☐ 1-54 ☐ 1-55 ☐ 1-56 ☐ 1-57 ☐ 1-58 ☐ 1-59 ☐ 1-60 ☐ 1-61 ☐ 1-62 ☐ 1-63 ☐ 1-64 ☐ 1-65 ☐ 1-66 ☐ 1-67 ☐ 1-68 ☐ 1-69 ☐ 1-70 ☐ 1-71 ☐ 1-72 ☐ 1-73 ☐ 1-74 ☐ 1-75 ☐ 1-76 ☐ 1-77 ☐ 1-78 ☐ 1-79 ☐ 1-80 ☐ 1-81 ☐ 1-82 ☐ 1-83 ☐ 1-84 ☐ 1-85 ☐ 1-86 ☐ 1-87 ☐ 1-88 ☐ 1-89 ☐ 1-90 ☐ 1-91 ☐ 1-92 ☐ 1-93 ☐ 1-94 ☐ 1-95 ☐ 1-96 ☐ 1-97 ☐ 1-98 ☐ 1-99 ☐ 1-100 ☐ 1-101 ☐ 1-102 ☐ 1-103 ☐ 1-104 ☐ 1-105 ☐ 1-106 ☐ 1-107 ☐ 1-108 ☐ 1-109 ☐ 1-110 ☐ 1-111 ☐ 1-112 ☐ 1-113 ☐ 1-114 ☐ 1-115 ☐ 1-116 ☐ 1-117 ☐ 1-118 ☐ 1-119 ☐ 1-120 ☐ 1-121 ☐ 1-122 ☐ 1-123 ☐ 1-124 ☐ 1-125 ☐ 1-126 ☐ 1-127 ☐ 1-128 ☐ 1-129 ☐ 1-130 ☐ 1-131 ☐ 1-132 ☐ 1-133 ☐ 1-134 ☐ 1-135 ☐ 1-136 ☐ 1-137 ☐ 1-138 ☐ 1-139 ☐ 1-140 ☐ 1-141 ☐ 1-142 ☐ 1-143 ☐ 1-144 ☐ 1-145 ☐ 1-146 ☐ 1-147 ☐ 1-148 ☐ 1-149 ☐ 1-150 ☐ 1-151 ☐ 1-152 ☐ 1-153 ☐ 1-154 ☐ 1-155 ☐ 1-156 ☐ 1-157 ☐ 1-158 ☐ 1-159 ☐ 1-160 ☐ 1-161 ☐ 1-162 ☐ 1-163 ☐ 1-164 ☐ 1-165 ☐ 1-166 ☐ 1-167 ☐ 1-168 ☐ 1-169 ☐ 1-170 ☐ 1-171 ☐ 1-172 ☐ 1-173 ☐ 1-174 ☐ 1-175 ☐ 1-176 ☐ 1-177 ☐ 1-178 ☐ 1-179 ☐ 1-180 ☐ 1-181 ☐ 1-182 ☐ 1-183 ☐ 1-184 ☐ 1-185 ☐ 1-186 ☐ 1-187 ☐ 1-188 ☐ 1-189 ☐ 1-190 ☐ 1-191 ☐ 1-192 ☐ 1-193 ☐ 1-194 ☐ 1-195 ☐ 1-196 ☐ 1-197 ☐ 1-198 ☐ 1-199 ☐ 1-200 ☐ 1-201 ☐ 1-202 ☐ 1-203 ☐ 1-204 ☐ 1-205 ☐ 1-206 ☐ 1-207 ☐ 1-208 ☐ 1-209 ☐ 1-210 ☐ 1-211 ☐ 1-212 ☐ 1-213 ☐ 1-214 ☐ 1-215 ☐ 1-216 ☐ 1-217 ☐ 1-218 ☐ 1-219 ☐ 1-220 ☐ 1-221 ☐ 1-222 ☐ 1-223 ☐ 1-224 ☐ 1-225 ☐ 1-226 ☐ 1-227 ☐ 1-228 ☐ 1-229 ☐ 1-230 ☐ 1-231 ☐ 1-232 ☐ 1-233 ☐ 1-234 ☐ 1-235 ☐ 1-236 ☐ 1-237 ☐ 1-238 ☐ 1-239 ☐ 1-240 ☐ 1-241 ☐ 1-242 ☐ 1-243 ☐ 1-244 ☐ 1-245 ☐ 1-246 ☐ 1-247 ☐ 1-248 ☐ 1-249 ☐ 1-250 ☐ 1-251 ☐ 1-252 ☐ 1-253 ☐ 1-254 ☐ 1-255 ☐ 1-256 ☐ 1-257 ☐ 1-258 ☐ 1-259 ☐ 1-260 ☐ 1-261 ☐ 1-262 ☐ 1-263 ☐ 1-264 ☐ 1-265 ☐ 1-266 ☐ 1-267 ☐ 1-268 ☐ 1-269 ☐ 1-270 ☐ 1-271 ☐ 1-272 ☐ 1-273 ☐ 1-274 ☐ 1-275 ☐ 1-276 ☐ 1-277 ☐ 1-278 ☐ 1-279 ☐ 1-280 ☐ 1-281 ☐ 1-282 ☐ 1-283 ☐ 1-284 ☐ 1-285 ☐ 1-286 ☐ 1-287 ☐ 1-288 ☐ 1-289 ☐ 1-290 ☐ 1-291 ☐ 1-292 ☐ 1-293 ☐ 1-294 				

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, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-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(ram) 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 previsto em contrato.

49-Observação

50-Dado, local e Assinatura do Cingulão-Dentista Solicitante	51-Dado, local e Assinatura do Cingulão-Dentista	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dado, local e Cingulo da Empresa
14/11/2019	14/11/2019	14/11/2019	14/11/2019
[Assinatura]	[Assinatura]	[Assinatura]	[Assinatura]
			Univ. de Souza

Dr. Paolo Dentista
Cirurgia - DF 9636
CRO - DF 9636