



363461
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 27/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7818864	7-Data Validação da Senha 23/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 100202530835700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde -
13-Nome SIDNEI JOSE DOS SANTOS JUNIOR		14-Data de Nascimento 04/08/1980	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SIDNEI JOSE DOS SANTOS JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										025 -	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO				18-Número no CRO 58579		19-UF SP		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15878037807				22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO				23-Número no CRO 58579		24-UF SP	
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO									
		27-Número no CRO 58579				28-UF SP		29-Código CBO S			

Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 81000421-

(I) 81000421-

[illegible]

43-Data Previsão 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-Parcial	46-Total Quantidade US _____ 2 8 1 0 0	47-Valor Total R\$ _____ 0 1 0 0	48-Total Franquia / Coparticipação 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), foi/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 esse 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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
____/____/____ ____/____/____ 		22/02/20 ____/____/____ 	22/09/20 ____/____/____ 
		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
		____/____/____ ____/____/____ 	