



2-º

423728
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/11 11/12/01	4-Data de Autorização 12/05/11 11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8073215	7-Data Validade da Senha 11/08/12 11/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012025314460000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
JOSEBEL DOS SANTOS MARQUES

20/10/1984

15-Nome do titular do plano
JOSEBEL DOS SANTOS MARQUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	18-Número no CRO 26161	19-UF RS	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
184517615370911

22-Nome do Contratado Executante
BRUNA DA SILVA OLIVEIRA

24-UF
RS

25-Código CNES

Enviar - RX
(I) 85100218

26-Nome do Profissional Executante
BRUNA DA SILVA OLIVEIRA

27-Número no CRO

28-UF
RS

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00185100218		RESTAURAÇÃO RESINA	16	DOP	1	12200	0,00		S	24/11/22	Bruna
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 112200	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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), 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 24/11/22 Bruna Oliveira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/22 Josebel Marques	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/22 Josebel Marques	53-Data, local e Carimbo de Empresa 11/11/11
--	---	---	---

Bruna Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161