



24

1192970
INTERCÂMBIO

Registro ANS 106414		3-Data de Emissão da Guia 20/10/22		4-Data de Autorização 25/10/22		5-Serção AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10498024		7-Data Validade de Saída 18/01/23		1192970 INTERCÂMBIO	
8-Data do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
Número da Carteira 00202550957500000101		13-Data de Nascimento 22/04/1978		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano MILIAN LAZARO DOS SANTOS							
16-Nome MILIAN LAZARO DOS SANTOS		17-Data de Nascimento 22/04/1978		18-Número do CRO 36897		19-UF RJ		20-Código CBO 8		025 - Faturar Empresa			
21-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento THASSYA VERISSIMO INACIO FONSECA		22-Nome do Contratado Executante ODONTOCLINICA LEANDRO E THASSYA		23-Número do CRO 36897		24-UF RJ		25-Código CNES 0877344					
26-Código na Operadora OUV - CPF 42542331000101		27-Nome do Profissional (vacante) THASSYA VERISSIMO INACIO FONSECA		28-Número do CRO 36897		29-UF RJ		30-Código CBO 8					

[illegible]

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.

Observación

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
31/10/22	31/10/22	31/10/22



1192949
INTERCÂMBIO

Registro ANS 106414		3-Data de Emissão da Guia 20/10/22		4-Data de Autorização 25/10/22		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10497985		7-Data Validade da Senha 18/01/23		1192949 INTERCÂMBIO			
8-Nome do Beneficiário															
9-Número da Carteira 00202550957500000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NILIAN LAZARO DOS SANTOS															
14-Telefone 22/04/1978															
15-Nome do titular do plano WILIAN LAZAR DOS SANTOS															
16-Idade do Contratado Responsável pelo Tratamento															
17-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante THASSYA VERISSIMO INACIO FONSECA				18-Número no CRO 36897		19-UF RJ		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 42542331000101				22-Nome do Contratado Executante ODONTOCLINICA LEANDRO E THASSYA				23-Número no CRO 36897		24-UF RJ		25-Código CNES 0877344			
26-Nome do Profissional Executante THASSYA VERISSIMO INACIO FONSECA						27-Número no CRO 36897		28-UF RJ		29-Código CBO S					

[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 Pagamento _ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US _ _ _ _ , 7 3 , 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ _ _ , 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ _ _ _ _ , _ _
---	--	---	---	-------------------------------------	--

Entro, 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.

Lower ratio

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/11/22 [Assinatura] CO-MAXILLO RJ 36997	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/11/22 [Assinatura] CO-MAXILLO RJ 36997	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável [Assinatura] [Assinatura]	54-Data, local e Carimbo da Empresa 31/11/22 [Assinatura] CO-MAXILLO RJ 36997
---	---	---	---