



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 12/10/2019	4-Data de Autorização 12/10/2019	5-Semha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7904246	7-Data Validade da Semha 12/10/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

382797
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202531146350000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome

JESSICA BIANCA LAMP FERRARI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação 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 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1814576537091	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	23-Número no CRO 26161	24-UF RS	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante

BRUNA DA SILVA OLIVEIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-0	0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00	S	21/12/2019	Jessica Bianca Lamp Ferrari	
2-1	1											
3-1	1											
4-1	1											
5-1	1											
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											

43-Data Previsto 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	61,00
------------------------	-------

47-Valor Total R\$	10,00
--------------------	-------

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 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-Dados Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dados Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dados Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
---	---

53-Dados Local e Assinatura da Empresa

54-Dados Local e Assinatura da Empresa
--

55-Dados Local e Assinatura da Empresa

56-Dados Local e Assinatura da Empresa
--

57-Dados Local e Assinatura da Empresa

58-Dados Local e Assinatura da Empresa
--

Cirurgião Dentista
CRO/RJ 26161