



1322943
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 01/02/23 4-Data de Autorização 10/02/23 5-Serão AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 1322943 7-Data Validade da Guia 03/03/23

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 00202551971500000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome JULIO CESAR BARBIENE 14-Telefone 22/09/1960 15-Data de Nascimento 16-Endereço do plano JULIO CESAR BARBIENE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ALINE CARDOSO DE JAGHER 18-Número no CRO 22566 19-UF RS 20-Código CBO 8
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 42713358000101 22-Nome do Contratado Executante DE JAGHER ODONTOLOGIA LTDA 23-Número no CRO 22566 24-UF RS 25-Código CNES 0745928
26-Nome do Profissional Executante ALINE CARDOSO DE JAGHER 27-Número no CRO 22566 28-UF RS 29-Código CBO 8

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 05100218

30-Tabela	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 Class	42-Assinatura
1-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VID	1	122,00	0,00			01/03/23		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 122,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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
42.713.358/0001-01
DE JAGHER ODONTOLOGIA LTDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/03/23 Aline Cardoso de Jagher - Dentista CRO 22566 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/23 Aline Cardoso de Jagher - Dentista CRO 22566 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/23 53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/03/23 R. GENERAL VITORINO, 77 SALA 1101 90.020-171 - CENTRO HISTÓRICO PORTO ALEGRE - RS