



1425121
INTERCÂMBIO

Registro ANS 106414	3-Data de Emissão da Guia 25/04/23	4-Data de Autorização 02/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11145880	7-Data Validade da Senha 24/07/23	1425121 INTERCÂMBIO	
Idos do Beneficiário							
Número da Carteira 00202552985100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA DA CONCEICAO RODRIGUES DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA DA CONCEICAO RODRIGUES DA SILVA			
Idos do Contratado Responsável pelo Tratamento							
16-Atendimento a RN V	17-Nome do Profissional Solicitante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO		18-Número no CRO 49761	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Cóligo na Operadora / CNPJ / CPF 288633773		22-Nome do Contratado Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO	23-Número no CRO 49761	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO			27-Número no CRO 49761	28-UF RJ	29-Código CBO S		
ano de Tratamento / Procedimento Solicitado							

[illegible]

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Odontia ☐ 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	4 1 2 0 0	0 0 0	

_____, esclare, 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 anexo. 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.

Observação

1-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/06/11 23/11/23 [Assinatura]	11/06/11 23/11/23 [Assinatura]	11/06/11 23/11/23 [Assinatura]	11/06/11 23/11/23 [Carimbo: Dr. Diego... CRO-RS 19761 Dentista]

Drº Diego A. Araújo
CRO-RJ 49761
Cirurgião Dentista