



2570688
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/12/25	4-Data de Autorização / /	5-Senha / /	6-Número da Guia Principal 14700554	7-Data Validade da Senha 06/02/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202512477350000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700304977107332	
13-Nome CRISTINA TAGUCHI LIMA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CRISTINA TAGUCHI LIMA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADALBERTO COSTA NETTO	18-Número no CRO 153291	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51177769000110	22-Nome do Contratado Executante ADALBERTO COSTA NETTO ODONTO LTDA ME	23-Número no CRO 153928	24-UF SP	25-Código CNES 4702387	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ADALBERTO COSTA NETTO		27-Número no CRO 153291	28-UF SP	29-Código CBO S	

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 Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00			10/12/25		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DO	1	88,00	0,00			10/12/25		
3	00811000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00			10/12/25		
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 0,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/12/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/12/25 Dr Adalberto Costa Netto Cirurgião Dentista CRO/SP 153291 Implantodontia/Ortodontia
---	---	---	--