



2286372
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 22/04/25		4-Data de Autorização 23/04/25		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 13787932		7-Data Validade da Senha 21/07/25			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 002025122149900000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /			
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome ARISTIDES SIMPLICIO PINHEIRO JUNIOR						14-Data de Nascimento 21/10/1986		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ARISTIDES SIMPLICIO PINHEIRO JUNIOR			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MAURIEM DE SOUZA PES				18-Número no CRO 3754		19-UF SC		20-Código CBO S			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 88897753949						22-Nome do Contratado Executante MAURIEM DE SOUZA PES		23-Número no CRO 3754		24-UF SC			
25-Código CNES						26-Nome do Profissional Executante MAURIEM DE SOUZA PES		27-Número no CRO 3754		28-UF SC			
29-Código CBO S													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			23/04/25			
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00			23/04/25			
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento 23/04/25		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 174,00		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 23/04/25													
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/04/25													
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/25													
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /													