



2571404
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/12	5-Senha	6-Número da Guia Principal 14703959	7-Data Validade da Senha 07/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020255467420000106	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700100907455313	
13-Nome GUILHERME AUGUSTO COSTA FERREIRA		14-Telefone 30/03/2000	15-Nome do titular do plano PATRICIA APARECIDA COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EMANUELE DE FIGUEIREDO ROCHA	18-Número no CRO 60678	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 137116947610	22-Nome do Contratado Executante EMANUELE DE FIGUEIREDO ROCHA	23-Número no CRO 60678	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EMANUELE DE FIGUEIREDO ROCHA		27-Número no CRO 60678	28-UF MG	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	O	1	61,00	0,00			09/12/25		Guilherme
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/12/25	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 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 09/12/25, 454, Emanuel de F. Rocha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/25, 454, Emanuel de F. Rocha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/25, Guilherme Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------