



2161480
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/01/25	4-Data de Autorização 09/01/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13377657	7-Data Validade da Senha 09/04/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025120595800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIELLE FERREIRA DA SILVA		14-Telefone (_) - - - - -	15-Nome do titular do plano GABRIELLE FERREIRA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAIRA TOMAIN BRACARENSE	18-Número no CRO 58748	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11961861623	22-Nome do Contratado Executante MAIRA TOMAIN BRACARENSE	23-Número no CRO 58748	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MAIRA TOMAIN BRACARENSE		27-Número no CRO 58748	28-UF MG	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	09/01/25		Gabriele
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 14,00	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) 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 09/01/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/01/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/01/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/01/25
---	---	---	---