



2410209
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/25	4-Data de Autorização 04/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14196836	7-Data Validade da Senha 03/10/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025123169900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JESSICA DA SILVA SA DE SENA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JESSICA DA SILVA SA DE SENA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLARISSE LIMA E SILVA	18-Número no CRO 32428	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 57337700000193	22-Nome do Contratado Executante CLINICA SS DE IMAGEM E DIAGNOSTICO ORAL	23-Número no CRO 29584	24-UF RJ	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante CLARISSE LIMA E SILVA		27-Número no CRO 32428	28-UF RJ	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000537

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-	0081000537	TRACADO CEFALOMETRICO			1	33,00	0,00		S			
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 33,00	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 _/_/__/__	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _/_/__/__	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _/_/__/__	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/__
--	--	--	--