



2229943
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2025	4-Data de Autorização 01/10/2025	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13600675	7-Data Validade da Senha 29/10/2025
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 002025121061500000102									
13-Nome APARECIDO RODRIGUES DA SILVA		14-Telefone (11) 91234-5678		15-Nome do titular do plano JANE ALEXANDRE DE SA RODRIGUES DA SILVA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTO SUL + DENTISTAS ESPECIALIZADOS		18-Número no CRO 103232		19-UF SP		20-Código CBO S 06		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14791437000103		22-Nome do Contratado Executante FERREIRA ODONTOLOGIA LTDA ME		23-Número no CRO 103232		24-UF SP		25-Código CNES 9600493					
26-Nome do Profissional Executante DANIEL ALVES FERREIRA		27-Número no CRO 103232		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	14	V	1	61,00	0,00			27/03/25		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00			27/03/25		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00			27/03/25		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00			27/03/25		
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 04244,00	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 28/10/25 Daniel Alves Ferreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 28/10/25 Daniel Alves Ferreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 28/10/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/25
---	---	---	---

Especialista Ortodontia / Implantes / Estética
CRO-SP 103.232

Odonto + Sul
CRO-SP: CL - 14765
CNPJ: 14.791.437/0001-03