



2211982
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/02/25	4-Data de Autorização 19/02/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13542567	7-Data Validade da Senha 18/05/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025121116800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DARLENNE FRANCISCA VIANA RODRIGUES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DARLENNE FRANCISCA VIANA RODRIGUES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATALIA YAMACHITA DA SILVA		18-Número no CRO 105649	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38059430831		22-Nome do Contratado Executante NATALIA YAMACHITA DA SILVA		23-Número no CRO 105649	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante NATALIA YAMACHITA DA SILVA		27-Número no CRO 105649		28-UF SP	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 ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/02/25		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	19/02/25		
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 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 19/02/25 Natalia Yamachita da Silva CROSP 105.649	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/02/25 Natalia Yamachita da Silva CROSP 105.649	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/25	53-Data, local e Assinatura da Empresa 19/02/25
--	--	---	--