



2134575
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2024	4-Data de Autorização 06/11/2024	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13301277	7-Data Validade da Senha 06/10/2025
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

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 002025116309400000101		13-Nome ELIANE MACHADO PINTO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ELIANE MACHADO PINTO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ELLEN RAMONY ABRACADO MACIEL		18-Número no CRO 1188		19-UF AP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43281105000179		22-Nome do Contratado Executante DRA SORRISO LTDA		23-Número no CRO 1188		24-UF AP		25-Código CNES 2872528		Enviar - RX (I) 35100213	
26-Nome do Profissional Executante ELLEN RAMONY ABRACADO MACIEL		27-Número no CRO 1188		28-UF AP		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/Cc-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	ODV	1	122,00	0,00		S	06/12/24		
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OMV	1	122,00	0,00		S	06/12/24		
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 -Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	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 06/11/24 Ramony Maciel	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/24 Ramony Maciel	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/24 Eliane Machado Pinto	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/24
---	---	--	---

Dra. Sorriso
CNPJ: 43.281.105/0001-77
Dra. Ellen Ramony
CRO 1188