



2328063
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/05/25	4-Data de Autorização 30/05/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13929985	7-Data Validade da Senha 26/08/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511606090001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUSANA DIAS DE ABREU		14-Telefone 04/11/1972	15-Nome do titular do plano SUSANA DIAS DE ABREU	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EMANUELE DE FIGUEIREDO ROCHA	18-Número no CRO 60678	19-UF MG	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13716947610	22-Nome do Contratado Executante EMANUELE DE FIGUEIREDO ROCHA	23-Número no CRO 60678	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EMANUELE DE FIGUEIREDO ROCHA		27-Número no CRO 60678	28-UF MG	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	0085400149	COROA TOTAL METÁLICA	45		1	472,00	0,00			02/06/25		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/06/25	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 472,00	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 Dra. Emanuele de F. Rocha Cirurgiã Dentista	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/06/25 Emanuele de F. Rocha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/06/25 Emanuele de F. Rocha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 02/06/25 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	--	-------------------------------------