



2625172
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/02/26		4-Data de Autorização 11/02/26		5-Bertha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14876719		7-Data Validade da Bertha 05/04/26					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 09720131360000776						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ABRIGO DO MARINHEIRO		11-Data Validade da Carteira / /					
13-Nome LEONARDO LOPES DE ARAUJO						14-Telefone 06/11/1967 (21) 9817-7885		15-Nome do titular do plano LEONARDO LOPES DE ARAUJO							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE BISPO DE ALENCAR				18-Número no CRO 16512		19-UF RJ		20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 92620833787				22-Nome do Contratado Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR				23-Número no CRO 16512		24-UF RJ					
25-Nome do Profissional Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR						26-Número no CRO 16512		27-UF RJ		28-Código CBO 8					
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 Classe	42-Assinatura			
1.	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/02/26					
2.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00		S	11/02/26					
3.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	11/02/26					
4.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	11/02/26					
5.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	24/02/26					
6.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	24/02/26					
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 418,00		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 24/02/26				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/02/26				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			