



2453157
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/09/25	4-Data de Autorização 04/09/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14335229	7-Data Validade da Senha 03/11/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025117083300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705009454560951
13-Nome FLAVIANA CONSENTINO LAMAS		14-Telefone 25/06/1979	15-Nome do titular do plano BRUNO DIAS GOMES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MILENA DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 66250	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14349921605	22-Nome do Contratado Executante MILENA DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 66250	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MILENA DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 66250	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/09/25		<i>Flaviana</i>
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S			<i>Flaviana</i>
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 Solicitante 26/09/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/09/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/09/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/09/25
---	---	---	---

* Milena do Nascimento de Oliveira * Milena do Nascimento de Oliveira * Flaviana Consentino Lamas

Dra. Milena Oliveira
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO-MG 66250