



2292815
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/04/25	4-Data de Autorização 29/04/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13810881	7-Data Validade da Senha 27/07/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025122222700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELIANE DA SILVA SOARES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELIANE DA SILVA SOARES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA DANTAS CARDOSO	18-Número no CRO 141724	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 42425535000154	22-Nome do Contratado Executante BEO - BEM ESTAR ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 134645	24-UF SP	25-Código CNES 0828831	
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA DANTAS CARDOSO		27-Número no CRO 141724	28-UF SP	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/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	29/04/25		Eliane
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	29/04/25		Eliane
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	29/04/25		Eliane
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	29/04/25		Eliane
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	29/04/25		Eliane
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	29/04/25		Eliane
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 422,00	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 29/04/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/04/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/04/25, Eliane da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/04/25
---	---	--	---

Dra. Gabriela Dantas
Cirurgiã dentista
CROSP 141724