



2330515
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 0 5 / 2 5	4-Data de Autorização 3 0 / 0 5 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13938226	7-Data Validade da Senha 2 7 / 0 8 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 2 2 6 6 9 6 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAEL ALVES OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAEL ALVES OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA	18-Número no CRO 134645	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 2 4 2 5 5 3 5 0 0 0 1 5 4	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 ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA		27-Número no CRO 134645	28-UF SP	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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00		S	05/06/25		
2-	0 0 8 5 2 0 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	5 3 3 0 0	0,00		S	05/06/25		
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 5 6 7 0 0	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	-------------------------------------	----------------------------	---

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 05/06/25 Estefania Guntzel	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/06/25 Estefania Guntzel	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/06/25 Rafael Alves Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/06/25 Dra. Estefânia Guntzel Cirurgião Dentista CRO SP 134645
---	---	---	--