



2332066
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 5 / 2 5	4-Data de Autorização 0 3 / 0 6 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13943113	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 8 / 2 5
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 6 8 0 4 6 0 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 ANGELO LIMA ALVES		14-Telefone 17/11/2000	15-Nome do titular do plano ANGELO LIMA ALVES		
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	

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 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	7 3 0 0	0 0 0		S	04/06/25		
2-												
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 7 3 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 04/06/25 Estefânia Guntzel	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/06/25 Estefânia Guntzel	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/06/25 Angelo Lima Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/06/25 Dra. Estefânia Guntzel Cirurgião Dentista CRO SP 134645