



2333367
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/06/25	4-Data de Autorização 03/06/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13947204	7-Data Validação da Senha 31/08/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202544651000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WELBERT DE SOUZA TELES PEREIRA		14-Telefone 30/01/1984	15-Nome do titular do plano WELBERT DE SOUZA TELES PEREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON FERNANDES FELIPE	18-Número no CRO 11228	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 28550305000196	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON FERNANDES FELIPE EIRELI	23-Número no CRO 11228	24-UF SC	25-Código CNES 2910616	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON FERNANDES FELIPE		27-Número no CRO 11228	28-UF SC	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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DOM	1	122,00	0,00			09/06/25		
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 122,00	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 09/06/25 Anderson Fernandes Felipe Cirurgião Dentista CRO/SC 11228	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/06/25 Welbert de Souza Teles Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	--	--