



2450519
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/25	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 14327245	7-Data Validade da Senha 02/11/25
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025123276200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70000563820300
13-Nome THAIS SILVA DE OLIVEIRA MEIRELLES JUSTO		14-Telefone 02/10/1999 () -	15-Nome do titular do plano THAIS SILVA DE OLIVEIRA MEIRELLES JUSTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VANESSA JORGE MARTINS RUBEM	18-Número no CRO 50256	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 53261740000126	22-Nome do Contratado Executante FACE CLINIC ODONTOLOGIA E ESTETICA LTDA	23-Número no CRO 50256	24-UF RJ	25-Código CNES 4571029
26-Nome do Profissional Executante VANESSA JORGE MARTINS RUBEM		27-Número no CRO 50256	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 85100218 (I) 85100226

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 Glória	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VMP	1	122,00	0,00			03/09/25		x Provis
2-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVPD	1	122,00	0,00			03/09/25		x Provis
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 0,00	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 03/09/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/09/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/09/25
---	---	---	---