



2304069
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
408414

3-Dia de Emissão da Guia
10/08/2015

4-Dia de Autorização
13/05/2015

6-Born
AUTORIZADO

8-Número da Guia Principal
13848822

7-Dia Validade da Bateria
08/08/2015

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202512183080000101

6-Tipo
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validade da Carteira
/ /

12-Número da Carteira Nacional de Saúde

13-Nome
KELEN CAVALCANTI

04/10/1973

14-Telefone
(11) 989199538

16-Nome do Utilizador do Plano
KELEN CAVALCANTI

Dados da Convulsão Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN
N
ELIANE BISPO DE ALENCAR

22-Nome do Contrato Excludente
ELIANE BISPO DE ALENCAR

18-Número no CRO
16512

19-Uf
RJ

20-Código CBO B
025 -

Faturar Empresa

27-Código da Operação / CNPJ / CPF
020833787
28-Nome do Profissional Excludente
ELIANE BISPO DE ALENCAR

23-Número no CRO
16512

24-Uf
RJ

25-Código CBO B
025 -

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Específicos

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qto	36-Quantidade UA	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aus	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	81000085	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	1,00	0,00	1	08/05/25		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	1	0,00	1	03/07/25		
3	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	27	1	73,00	1,00	0,00	1	03/07/25		
4	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26	1	73,00	1,00	0,00	1	03/07/25		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

43-Dia Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial
46-Taxa Quantitativa UA
241,00
47-Valor Total R\$
0,00
48-Taxa Franquia / Co-participação R\$
0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as possibilidades, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que c(e) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e da 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
/ /

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/07/25

52-Dia, local e Assinatura do Proprietário / Responsável
03/07/25

53-Dia, local e Centro da Empresa
/ /