



2222719
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/02/25	4-Data de Autorização 07/03/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13576111	7-Data Validade da Senha 25/05/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020255696850000101		13-Nome ELISABETE MARIA DOS SANTOS		14-Telefone 08/05/1968		15-Nome do titular do plano ELISABETE MARIA DOS SANTOS			

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 42425535000154		22-Nome do Contratado Executante BEO - BEM ESTAR ODONTOLOGIA LTDA		23-Número no CRO 134645		24-UF SP		25-Código CNES 0828831		Enviar - RX (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA		27-Número no CRO 134645		28-UF SP		29-Código CBO S				(I) 85100200	

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OM	1	88,00	0,00		S	07/03/25		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	PD	1	88,00	0,00		S	07/03/25		
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 176,00	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 07/03/25 Estefania Guntzel	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/03/25 Estefania Guntzel	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/03/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/03/25 Dra. Estefania Guntzel Cirurgião Dentista CRO SP 134645
---	---	---	--