



2626175
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 04/02/26		4-Data de Autorização 12/02/26		5-Serha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14880257		7-Data Validade da Serha 05/04/26					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 09720307455400011						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /					
13-Nome JAIRA ROSANA DE SOUZA						14-Telefone 211- / -		15-Data Validade da Serha / /							
16-Data de Nascimento 20/11/1970						17-Nome do titular do plano JAIRA ROSANA DE SOUZA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
18-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE BISPO DE ALENCAR				16-Número no CRO 16512		19-UF RJ		20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 92620833787				22-Nome do Contratado Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR				23-Número no CRO 16512		24-UF RJ					
25-Nome do Profissional Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR				26-Número no CRO 16512		27-UF RJ		28-Código CBO 8							
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 Glosa	42-Assinatura			
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/02/26		JAIRA			
2	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	15		1	73,00	0,00		S	12/02/26		JAIRA			
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	26/02/26		JAIRA			
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-Onodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 247,00		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 / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/02/26				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/02/26 JAIRA ROSANA				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			