



2239649
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012		4-Data de Autorização 14/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 2239649		7-Data de Validade da Senha 10/06/2015		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202546777100000101						9-Plano FOS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data de Validade da Carteira / /		
13-Nome CAMILA HELENA DE SOUZA SANTOS						14-Data de Nascimento 03/07/1991		15-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CAMILA HELENA DE SOUZA SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento - RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA				18-Número no CRO 14645		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código da Operadora / CNPJ / CPT 42425535000154				22-Nome do Contratado - Executante BEO - BEM ESTAR ODONTOLOGIA LTDA				23-Número no CRO 134645		24-UF SP		
26-Nome do Profissional Executante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA						27-Número no CRO 14645		28-UF SP		25-Código CNI S 0828831		
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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-BENGIVAL			1	144,00	0,00		S	18/03/25		Estefania Guntzel
2	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/03/25		Estefania Guntzel
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista 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 178,00		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 18/03/25 Estefania Guntzel			51-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/25 Estefania Guntzel			52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/25 Camila Helena de Souza Santos			53-Data, local e Carimbo de Empresa 18/03/25 Estefania Guntzel Cirurgião Dentista CRO SP 134645			