



2471561
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/09/25	4-Data de Autorização //	5-Senha PENDENTE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14389038	7-Data Validade da Senha 17/11/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202512317001000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	__/__/__	707800684344313

13-Nome DEYMERSON PEREIRA LIMA	17/04/1998	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DEYMERSON PEREIRA LIMA
-----------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA LOBO DE OLIVEIRA PIRES	18-Número no CRO 11265	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 1 5 2 9 8 3 6 0 0 0 1 1 9	22-Nome do Contratado Executante JMLP ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 11265	24-UF DF	25-Código CNES 4415906	Enviar - RX (I) 85100218
--	---	---------------------------	-------------	---------------------------	-----------------------------

26-Nome do Profissional Executante JULIANA LOBO DE OLIVEIRA PIRES	27-Número no CRO 11265	28-UF DF	29-Código CBO S (I) 85100200
--	---------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

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 2 4 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa