



2265092
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/04/25		4-Data de Autorização 02/04/25		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 13715535		7-Data Validade da Senha 30/06/25	
--------------------------	--	---------------------------------------	--	-----------------------------------	--	-----------------------	--	--	--	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025116227200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUMA MIQUELE CARVALHO SANTOS				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LUMA MIQUELE CARVALHO SANTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MAURIEM DE SOUZA PES		18-Número no CRO 3754		19-UF SC		20-Código CBO S		25 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 88897753949		22-Nome do Contratado Executante MAURIEM DE SOUZA PES		23-Número no CRO 3754		24-UF SC		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante MAURIEM DE SOUZA PES				27-Número no CRO 3754		28-UF SC		29-Código CBO S			

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/04/25		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	02/04/25		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/04/25		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 174,00		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
02/04/25

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
02/04/25

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
02/04/25

53-Data, local e Carimbo da Empresa