



2094992
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/24	4-Data de Autorização 06/11/24	6-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 13178762	7-Data Validade da Senha 04/02/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251188240000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WALLACE SILVA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WALLACE SILVA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO	18-Número no CRD 16493	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07086856000170	22-Nome do Contratado Executante ORAL D AVILA CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRD 16493	24-UF BA	25-Código CHES 9641629
26-Nome do Profissional Executante CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO		27-Número no CRD 16493	28-UF BA	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 ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	07/11/24		Wallace
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	07/11/24		Wallace
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 178,00	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 07/11/24, Camila Lucena 16493	51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 07/11/24, Camila Lucena 16493	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/24, Wallace	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/11/24, Dr.ª Camila Lucena CRQ: 16493
--	--	--	--