



2121552
INTERCÂMBIO

1-Registro ANVISA 406414	2-Data de Emissão da Guia 26/11/2024	3-Data de Autorização 11/12/2024	4-Serviço AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 13259034	6-Data Validade da Guia 24/10/2025
8-Número do Cartão 002025118891730000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNICOPERATIVA	11-Data Validade do Contrato / /	12-Número do Contrato Nacional de Saúde / /
13-Nome SILVIO SILVA SANTOS		14-Data de Nascimento 08/07/1990	15-Telefone () - - - - -	16-Nome do Titular do Plano SILVIO SILVA SANTOS	
18-Endereço e a PBM N		17-Nome do Profissional Beneficiário CLÁudia EMMANUELA	19-Número no CRO 19125	20-UF BA	21-Código CBO S 10
22-Código do Operador / CNPJ / CPF 14336060000155		23-Nome da Contratante CLINICA ODONTOLÓGICA ODONTIMBUI LTDA ME		24-Número no CRO 19125	25-UF BA
26-Nome do Profissional Excedente EMMANUELA CRUZ ALVES DE SOUZA		27-Número no CRO 19125	28-UF BA	29-Código CBO S	025 - Fatura Empresa Enviar - RX (1) 85100200

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Av	40-Data de Realização	41-Mês do Gênero	42-Assinatura
1.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00	0,00	S	11/12/24		Silvia
2.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00	S	11/12/24		Silvia
3.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	18	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	11/12/24		Silvia
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Prevista do Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exames Radiológicos 3-Ortodontia 4-urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total da Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Prejuízo / Co-participação R\$ / /
--	--	---	-------------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, a(s) parte(s) e a(s) parte(s) a execução do tratamento, comprometendo-se 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(ram) 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 assinou esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Reserva:

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/24 Dra. EMMANUELA CRUZ ALVES DE SOUZA CRO-BA 19125	51-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 11/12/24 Dra. EMMANUELA CRUZ ALVES DE SOUZA CRO-BA 19125	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/24 Silvia Silva Santos	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /
---	---	--	---