



1933961
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 6 / 2 4	4-Data de Autorização 1 1 / 0 7 / 2 4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12654717	7-Data Validade da Senha 2 6 / 0 9 / 2 4
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 5 5 4 7 1 0 0 0 0 1 0 1		13-Nome JANDERSON MELO ALVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JANDERSON MELO ALVES
		24/07/1989			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 8 4 8 5 1 6 0 0 0 1 0 0	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA	23-Número no CRO 8958
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		27-Número no CRO 8958	28-UF BA	25-Código CNES 6127290
		29-Código CBO S		

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-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL			1	1 4 4 0 0	0 0 0 0			S	11/07/24	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/07/24	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Original/Emergencial	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 4 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 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 11/07/24 Dr. And Caroline Vaz Cirurgião-Dentista CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/07/24 Dr. And Caroline Vaz Cirurgião-Dentista CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/24 Janderson Melo Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/07/24
--	--	--	---