



1716381
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 1 2 / 2 3	4-Data de Autorização 1 3 / 1 2 / 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11977940	7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 3 / 2 4
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 7 2 5 0 1 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GEORGE ALESSON SANTOS DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ZORMANDIA COSTA SANTOS DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 2 0 8 0 2 8 0 4 0 0 0 1 1 1	22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA - EPP (EMERGENCIA 24	23-Número no CRO 14537	24-UF BA	25-Código CNES 7688776
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		27-Número no CRO 8958	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-	0 0 8 1 0 0 0 0 5 7	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	3 4 0 0	0,00		S	12/12/23		George
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/12/23	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 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Dedaro, 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 Pulpete irreversível no unid 17 abpsso intracanal, foi feito chengem entre canal, em anamnese
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/23 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas Cirurgião Dentista CRO-BA 8958	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/23 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas Cirurgião Dentista CRO-BA 8958	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/23 George Alesson	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/12/23
---	---	---	---