



1773564
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/02/24	4-Data de Autorização 07/02/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12142387	7-Data Validade da Senha 07/05/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202567119600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANALUZIA ARAUJO FERREIRA		14-Telefone 09/06/1970	15-Nome do titular do plano ANALUZIA ARAUJO FERREIRA	

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 na Operadora / CNPJ / CPF 20802804000111		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	

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-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			07/02/24		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/02/24	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 34,00	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 Remoção de aparelho dentário + ortodontia, aparelho fixo, aparelho removível			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/02/24 Dra. Jessica L. de Queiroz CRO-BA-14.537	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/02/24 Dra. Jessica L. de Queiroz CRO-BA-14.537	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/02/24 Jaqueline A. Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/02/24 Dra. Jessica L. de Queiroz CRO-BA-14.537