



1568845
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/23	4-Data de Autorização 12/08/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11554422	7-Data Validade da Senha 10/11/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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 00202561810300000101									
13-Nome MARLY SILVA SANTOS				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARLY SILVA 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 CRO 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 CRO 16493		24-UF BA		25-Código CNES 9641629	
26-Nome do Profissional Executante CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO					27-Número no CRO 16493		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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	22		1	73,00	0,00		S	05/09/23		Marly
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	05/09/23		Marly
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 87,00	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 Foto radiográfica final enviada ao patel. 05/09/23

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/09/23 Dr. Camila Lucena CRO: 16493	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/09/23 Dr. Camila Lucena CRO: 16493	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/09/23 Marly S. Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/09/23 Dr. Camila Lucena CRO: 16493
--	--	---	--