



2-Nº

425516
INTERC

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 1 1 / 1 2 0 0		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8080791		7-Data Validade da Sentença 2 1 / 0 2 / 2 1 1		425516 INTERCÂMBIO													
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 8 1 1 8 0 0 0 0 0 1 0 1 1		4-Data de Autorização 2 4 / 1 1 / 1 2 0 0		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / /		12-Número do Contrato Nacional de Saúde													
13-Nome ROSILEIDE DA SILVA FERREIRA		30/10/1996		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano ROSILEIDE DA SILVA FERREIRA																	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA		18-Número no CRO 17752		19-UF BA		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 6 6 3 2 3 5 9 5 2 3		22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA		23-Número no CRO 17752		24-UF BA		25-Código CNES															
26-Nome do Profissional Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA		27-Número no CRO 17752		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	
1-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		34 O 1		6 1 0 0		0 0 0 0		S 2 4 / 1 1 / 2 0		Resende F.											
2-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		35 O 1		6 1 0 0		0 0 0 0		S 2 4 / 1 1 / 2 0		Resende F.											
3-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		41 L 1		6 1 0 0		0 0 0 0		S 2 4 / 1 1 / 2 0		Resende F.											
4-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		31 L 1		6 1 0 0		0 0 0 0		S 2 4 / 1 1 / 2 0		Resende F.											
5-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		32 D 1		6 1 0 0		0 0 0 0		S 2 4 / 1 1 / 2 0		Resende F.											
6-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		33 D 1		6 1 0 0		0 0 0 0		S 2 4 / 1 1 / 2 0		Resende F.											
7-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		45 O 1		6 1 0 0		0 0 0 0		S 2 4 / 1 1 / 2 0		Resende F.											
8-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		46 O 1		6 1 0 0		0 0 0 0		S 2 4 / 1 1 / 2 0		Resende F.											
9-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		47 O 1		6 1 0 0		0 0 0 0		S 2 4 / 1 1 / 2 0		Resende F.											
10-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		13 M 1		6 1 0 0		0 0 0 0		S 2 4 / 1 1 / 2 0		Resende F.											
11-0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		25 O 1		6 1 0 0		0 0 0 0		S 2 4 / 1 1 / 2 0		Resende F.											
12- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -											
13- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -											
14- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -											
15- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -											
43-Data Previsão Término do Tratamento 2 4 / 1 1 / 2 0		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 6 7 1 0 0		47-Valor Total R\$		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 tratado 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Tinayara Dayan
Cirugiã - Dentista
CRO-BA 17752

Therese. Dorem Senz
Alima