



691959
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2019	4-Data de Autorização 11/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9022968	7-Data Validade da Senha 01/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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 00202540299200000101									
13-Nome CLEUNICE DE JESUS SANTOS		14-Telefone 14/03/1988		15-Nome do titular do plano CLEUNICE DE JESUS SANTOS					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 8407		19-UF BA		26-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
15-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KEYLA KARINA DE SOUZA COSTA		23-Número no CRO 8407		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100218	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 82528209568		22-Nome do Contratado Executante KEYLA KARINA DE SOUZA COSTA		24-UF BA		28-UF BA	
26-Nome do Profissional Executante KEYLA KARINA DE SOUZA COSTA		27-Número no CRO 8407		28-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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00			28/09/2019		Keyla R. S. Costa
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	MO	1	88,00	0,00			28/09/2019		Keyla R. S. Costa
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	DPV	1	122,00	0,00			28/09/2019		Keyla R. S. Costa
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	MPV	1	122,00	0,00			28/09/2019		Keyla R. S. Costa
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/09/2019	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 393,00	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	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/09/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/2019 xbleunice de Jesus Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/09/2019
---	---	---	---

Keyla R. S. Costa
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 8407