



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/11/01/21	4-Data de Autorização 07/11/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8173700	7-Data Validade da Senha 10/06/11/04/21
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

448062
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202532683200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome JOZENIR DA MOTA MALHARDES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOZENIR DA MOTA MALHARDES
--------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 16305	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 066194117523	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 16305	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 Glor	42-Assinatura
1-00	0851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	6,10	0,00	18/03/21				
2-00	0851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	6,10	0,00	18/03/21				
3-00	0851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6,10	0,00	18/03/21				
4-00	0851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	6,10	0,00	18/03/21				
5-00	0851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6,10	0,00	18/03/21				
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

33.728.651/0001-51
Consultório Odontológico Império Sertão
Av. Dorival Caymmi, 14193
Haptus, CEP: 41636-150
Ed. Walter Negreiros, Sala 110
Salvador, BA

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 305,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 18/03/21	53-Data, local e Cartão da Empresa 12/01/11/21 SSA
--	--	--	---