



764587
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/11/21		4-Data de Autorização 01/11/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9242684		7-Data Validade da Senha 30/01/22					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 002025419215000000101				9-Plano FOS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NELMA DOS SANTOS VELOSO						01/09/1990		14-Telefone () -				15-Nome do titular do plano NELMA DOS SANTOS VELOSO			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
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 69312060287				22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS				23-Número no CRO 8958		24-UF BA		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS						27-Número no CRO 8958		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 Glosa	42-Assinatura			
1-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	16		1	73,00	0,00			01/11/21		Nelma			
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/21		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 73,00		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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															
Dr. Felipe Melo CRO/BA 21991 Dr. Felipe Melo CRO/BA 21991 Nelma dos Santos CRO/BA 21991															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/21 - CRO/BA 21991				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/21 - CRO/BA 21991				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/21 - Nelma dos Santos				53-Data, local e Carimbo de Empresa 01/11/21			