



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/01/21	4-Data de Autorização 12/01/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8178127	7-Data Validade da Senha 10/07/04/121
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

449247
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202531723400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAYS KELLY ALVES SILVA	29/03/2012		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSANIA TEREZA ALVES DE QUEIROZ

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 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06619417523	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	

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	018100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	518,01/21				
2-												
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	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
									34,00	0,00		

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 20/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/03/21 SSA
---	---	---	---