



1723226
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/12/23	4-Data de Autorização 22/12/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11998949	7-Data Validade da Senha 18/03/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025572501000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GEORGE ALESSON SANTOS DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ZORMANDIA COSTA SANTOS DE SOUZA	

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 08848516000100		22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME	23-Número no CRO 8958	24-UF BA
25-Código CNES 6127290		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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DO	1	88,00	0,00		S	22/12/23		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Realização 22/12/23	44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	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 22/12/23 Dra. Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/12/23 Dra. Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/12/23 George Alisson	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/12/23
--	--	---	---