



727790
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/11/24		4-Data de Autorização 13/11/24		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9134125		7-Data Validade da Senha 02/01/25			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 002025364809000000101				9-Plano FOS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ISRAEL GOMES NASCIMENTO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ISRAEL GOMES NASCIMENTO							
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 Excutante 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 Sol citados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/11/24			
2-	0085300047	RAS/PAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/11/24			
3-	0085300047	RAS/PAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/11/24			
4-	0085300047	RAS/PAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/11/24			
5-	0085300047	RAS/PAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/11/24			
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/24		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 178,00		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 13/11/24 Dra. Jessica L. de Queiroz CRO-BA - 14.537				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/24 Dra. Jessica L. de Queiroz CRO-BA - 14.537				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/24		53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/24			