



699623
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/21	4-Data de Autorização 27/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9044282	7-Data Validade da Senha 09/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020254174100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MILENA GLEICE AGUIAR SANTOS		14-Telefone 26/12/1994 (75) 98896-6638	15-Nome do titular do plano MILENA GLEICE AGUIAR SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KEYLA KARINA DE SOUZA COSTA	18-Número no CRO 8407	19-UF BA	20-Código CBO B	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 82528209568	22-Nome do Contratado Executante KEYLA KARINA DE SOUZA COSTA	23-Número no CRO 8407	24-UF BA	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100102
26-Nome do Profissional Executante KEYLA KARINA DE SOUZA COSTA		27-Número no CRO 8407	28-UF BA	29-Código CBO B	

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-	0085100102	RESTAURAÇÃO AMÁLGAMA 2	27	OD	1	76,00	0,00	S	30/09/21			Keyla Karina de Souza Costa
2-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	28		1	73,00	0,00	S	30/09/21			Keyla Karina de Souza Costa
3-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	38		1	73,00	0,00	S	30/09/21			Keyla Karina de Souza Costa
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
30/09/21		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		222,00		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(ram) 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: *26 cancelado 26 - Envio*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/21 Milena Aguiar	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/09/21
---	---	---	---

Keyla K. S. C.
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 9.547