



1242215
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia [2][3]/[1][1]/[2][2]	4-Data de Autorização [3][0]/[1][1]/[2][2]	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10628127	7-Data Validade da Senha [2][1]/[0][2]/[2][3]
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira [0][0][2][0][2][5][5][3][4][3][5][4][0][0][0][0][1][0][1]	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira []/[]/[]/[]/[]/[]	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TAISE DE SOUZA DAS NEVES		14-Telefone 15/11/1993	15-Nome do titular do plano TAISE DE SOUZA DAS NEVES		
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 [0][8][8][4][8][5][1][6][0][0][0][1][0][0]	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	

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][0][8][1][0][0][0][0][6][5]	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	[3][4][0][0]	[0][0][0]			30/11/22		Taise
2-	[0][0][8][5][3][0][0][0][4][7]	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	[3][6][0][0]	[0][0][0]			30/11/22		Taise
3-	[0][0][8][5][3][0][0][0][4][7]	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	[3][6][0][0]	[0][0][0]			30/11/22		Taise
4-	[0][0][8][5][3][0][0][0][4][7]	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	[3][6][0][0]	[0][0][0]			30/11/22		Taise
5-	[0][0][8][5][3][0][0][0][4][7]	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	[3][6][0][0]	[0][0][0]			30/11/22		Taise
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/22	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\$ 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.

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/22 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas CRO-BA 6958	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/22 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas CRO-BA 6958	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/22 Taise de Souza das Neves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/22