



454835
 INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/10/21 4-Data de Autorização 15/10/21 5-Será Autorizado AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8200638 7-Data Validade da Semá 15/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534875400000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DILCEIA DE JESUS LIMA GALIZA 28/06/1967 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DILCEIA DE JESUS LIMA GALIZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 16305 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tableta	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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00		1	22/01/21		Dilceia
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00		1	22/01/21		Dilceia
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00		1	22/01/21		Dilceia
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00		1	22/01/21		Dilceia
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00		1	22/01/21		Dilceia
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

33.728.651/0001-51

Consultório Odontológico Império Sorriso
 Av. Bonifácio Caymmi, 14193
 Mapuaçu, CEP: 44655-150
 Ed. Maíter Neufreides, Sala 410
 Salvador - BA.

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 174,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa