



383190
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2019	4-Data de Autorização 25/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7906154	7-Data Validade da Senha 24/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202531797100000101									
13-Nome ANGELICA DOS SANTOS				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANGELICA DOS SANTOS			
				01/12/1975					

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 Executante 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 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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61,00	0,00		S	25/10/2019		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61,00	0,00		S	25/10/2019		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00		S	25/10/2019		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/2019	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 183,00	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 25/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/2019
---	---	---	---

Dra. Milena Sousa
Cirurgiã-Dentista
CRO-19202

Dra. Milena Sousa
Cirurgiã-Dentista
CRO-19202

Angelica