



1448896
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/05/23	4-Data de Autorização 22/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11214128	7-Data Validade da Senha 11/08/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202556904100000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HELIEL CAELER OLIVEIRA MERCES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIANA ANGELICA DAS MERCES CONCEICAO	

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 0802804000111	22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA - EPP (EMERGENCIA 24)		23-Número no CRO 14537	24-UF BA	25-Código CNES 7688776	
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	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			22/05/23		Juliana
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/05/23	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 34,00	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 no 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: Paciente com abscesso na unidade 65. foi feita a drenagem, medicado e encaminhado.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/05/23 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas CRO - BA 8958	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/05/23 Dr. Gabriele Rodrigues Cirurgiã - Dentista CRO - BA 24928	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/05/23 Juliana Angelica da Menes Branco	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/05/23 Dr. Gabriele Rodrigues Cirurgiã - Dentista CRO - BA 24928
---	--	--	--