

449255
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 07/01/21		4-Data de Autorização 12/01/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8178135		7-Data Validade da Senha 07/04/21		449255 INTERCÂMBIO							
Dados do Beneficiário																			
8-Número da Carteira 002025317234000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde ROSANIA TEREZA ALVES DE QUEIROZ											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																			
16-Atendimento a RN N		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-Tabela 1-008100030		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dente/Região 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 3400		37-Valor 000		38-Franquia/Co-participação R\$ 000		39-Aut S		40-Data de Realização 18/01/21		41-Motivo da Glosa / Assinatura Rosa	
1-008100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		3400		000		000		S		18/01/21			
2-008100030																			
3-008100030																			
4-008100030																			
5-008100030																			
6-008100030																			
7-008100030																			
8-008100030																			
9-008100030																			
10-008100030																			
11-008100030																			
12-008100030																			
13-008100030																			
14-008100030																			
15-008100030																			
43-Data Previsto 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 3400		47-Valor Total R\$ 000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000									
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 20/01/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 18/01/21 Rosania T. Alves		53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/21 SSA													