



727814
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/10/21		4-Data de Autorização 18/10/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9134220		7-Data Validade da Senha 02/01/22					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 002025364809000000102				9-Plano FOS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WALESKA SILVEIRA VERCOSA				14-Teléfono () -				15-Data de Nascimento 10/08/1974				16-Nome do titular do plano ISRAEL GOMES NASCIMENTO			
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		21-C25 - Faturar Empresa			
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 69312060287				23-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS				24-Número no CRO 8958		25-UF BA		26-Código CNES			
27-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS				28-Número no CRO 8958				29-UF BA		30-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Aut	41-Data de Realização	42-Motivo de Glosa	43-Assinatura			
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	S 18/10/21				Dr. Felipe Melo			
2	0085300047	RAS/PAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	S 18/10/21				Dr. Felipe Melo			
3	0085300047	RAS/PAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	S 18/10/21				Dr. Felipe Melo			
4	0085300047	RAS/PAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	S 18/10/21				Dr. Felipe Melo			
5	0085300047	RAS/PAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	S 18/10/21				Dr. Felipe Melo			
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsão Término do Tratamento 18/10/21		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\$			
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(ram) 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 18/10/21 Dr. Felipe Melo CRO/BA 21991				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/21 Dr. Felipe Melo CRO/BA 21991				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/21 Waleka Silveira Vercosa				53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/21			