



827192
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/12/21	4-Data de Autorização 29/12/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9433932	7-Data Validade da Senha 29/03/22
Dador do Benefício					
1-Número da Carteira 00202544468800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome MARINALVA REIS DOS SANTOS		14-Telefone 02/02/1968	15-Nome do titular do plano MARINALVA REIS DOS SANTOS		
Dador do Contrato / Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOMEDICA VIVER	18-Número no CRO 12222	19-UF BA	20-Sigla do CBO S 05	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CP 02379397546	22-Nome do Contratado Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO	23-Número no CRO 12222	24-UF BA	25-Código CNIS	
26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO		27-Número no CRO 12222	28-UF BA	29-Sigla do CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/01/2022		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENG VAL	HASIE		1	36,00	0,00		S	03/01/2022		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENG VAL	HAD		1	36,00	0,00		S	03/01/2022		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENG VAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/01/2022		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

13-Data Prevista Término do Tratamento / /	43-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 142,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento conforme acima apresentados, 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 assine esse documento os valores referentes ao tratamento realizado, com prioridade de arcar com os custos conforme previsto em contrato.

19-Oficínio	30-Di, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/01/22 Edimario Alves de Jesus Neto CRO-BA 12.222	31-Di, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 03/01/22 Edimario Alves de Jesus Neto CRO-BA 12.222	32-Di, local e Assinatura do Beneficiário 03/01/22	33-Di, local e Carimbo da Empresa 03/01/22
-------------	---	--	---	---