



1237918
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/22	4-Data de Autorização 09/01/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10615362	7-Data Validade da Senha 19/02/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202547245000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA LUCIA SILVA SOUZA			14-Telefone 30/04/1985	15-Nome do titular do plano ANA LUCIA SILVA SOUZA	

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 08848516000100		22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290
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	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	12		1	73,00	0,00			09/01/23		Ana
2	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	13		1	73,00	0,00			09/01/23		Ana
3	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	15		1	73,00	0,00			09/01/23		Ana
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/01/23	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 219,00	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 09/01/23 Dra. Ana Caroline Vaz Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Contratado 09/01/23 Dra. Ana Caroline Vaz Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/01/23 Ana Lucia Silva e Souza Baccin	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/01/23
--	---	--	---