



1351457
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia [2][5]/[02]/[23]	4-Data de Autorização []/[]/[]	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 10928920	7-Data Validade da Senha [2][6]/[05]/[23]
--------------------------	---	--------------------------------------	--------------------------------	--	--

8-Número da Carteira [0][0][2][0][2][5][5][5][2][5][8][9][0][0][0][0][1][0][1]		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira []/[]/[]	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOCELIA DA SILVA BACELLAR			14-Telefone 20/08/1970	15-Nome do titular do plano JOCELIA DA SILVA BACELLAR	

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 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [0][8][8][4][8][5][1][6][0][0][0][1][0][0]	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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	[0][0][8][5][3][0][0][0][4][7]	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,60	0,00			11/03/23		Joelia
2-	[0][0][8][5][3][0][0][0][4][7]	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,60	0,00			11/03/23		Joelia
3-	[0][0][8][5][3][0][0][0][4][7]	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,60	0,00			11/03/23		Joelia
4-	[0][0][8][5][3][0][0][0][4][7]	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,60	0,00			11/03/23		Joelia
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto término do tratamento 11/03/23	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 0,00	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 11/03/23 Dra. Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/23 Dra. Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/23 Joelia da Silva Bacellar	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/03/23 Dra. Ana Caroline Vaz Cirurgião-Dentista CRO-BA 24085
---------------	--	--	---	--