



454817
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2011	4-Data de Autorização 11/05/2011	5-Será Autorizado	6-Número da Guia Principal 8200632	7-Data Validade da Guia 11/05/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102021534875400000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/05/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome VICTOR DOS SANTOS GALIZA	10/01/2010	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DILCELIA DE JESUS LIMA GALIZA
-------------------------------------	------------	------------------------------	--

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 066194171523	22-Nome do Contratado Excitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Excitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 16305	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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		1	22/03/21		Galela
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		1	22/03/21		Galela
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		1	22/03/21		Galela
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		1	22/03/21		Galela
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		1	22/03/21		Galela
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Onco-dentia	4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	1174,00	0,00					

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

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/03/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 22/03/21
---	---	---	--

33.728.651/0001-51

Consultório Odontológico Império Sôrto

Av. Dorival Caymmi, 14193

Hapud, CEP: 41635-150

Ed. Walter Negreiros, Sala 110

Salvador / BA

SSA