



2112916
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/24	4-Data de Autorização 21/11/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 2112916	7-Data Validade da Senha 18/02/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511421720000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA LAURA SANTOS SCHRAMM		14-Telefone 13/04/2000	15-Nome do titular do plano MARIA LAURA SANTOS SCHRAMM		
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 20802804000111	22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA	23-Número no CRO 14537	24-UF BA	25-Código CNES 7688776	
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-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		S	21/11/24		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/11/24	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 34,00	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
Paciente com sintomatologia dolorosa na unidade 36, lesão de coroa com pulso, foi feito o acesso da unidade. Paciente medicado e em acompanhamento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/24 Elis E. dos Santos Paixão	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/24 Elis E. dos Santos Paixão	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/24 Maria Laura Santos Schramm	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/24
---	---	--	---

Elis E. dos Santos Paixão
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA: 21869

Elis E. dos Santos Paixão
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA: 21869

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958