



474862
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/21	4-Data de Autorização 16/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8290865	7-Data Validade da Senha 12/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202534745100000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
----------------------------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome IGLESON FERNANDO DOS SANTOS SALES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ITATIARA MARIANA DA SILVA SANTOS
----------------------------------------------	----------------------	-----------------------------------------------------------------

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 69312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	--------------------------	-------------	--------------------------------------------

26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S (I) 85100200
-----------------------------------------------------------------	--------------------------	-------------	---------------------------------

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/02/21		Igleson
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA <i>r+</i>	16	DO	1	88,00	0,00		S	16/02/21		Igleson
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA <i>r-</i>	17	DO	1	88,00	0,00		S	16/02/21		Igleson
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/02/21	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 210,00	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-Obsevação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/02/21 Dr. Rafael S. F. Sales Cirurgiã-Dentista CRO-BA 20965	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 16/02/21 Dr. Rafael S. F. Sales Cirurgiã-Dentista CRO-BA 20965	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/02/21 x Igleson	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/02/21
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------