



945976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/04/22	4-Data de Autorização 14/04/22	5-Status AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9798741	7-Data Validade da Guia 13/07/22
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202543308100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SANDRA SANTANA REIS		14-Telefone 02/03/1981	15-Nome do titular do plano SANDRA SANTANA REIS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Matricula em RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOMEDICA VIVER	18-Número no CRO 12222	19-UF BA	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 02379397546	22-Nome do Contratado / Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO	23-Número no CRO 12222	24-UF BA	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100218
26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO		27-Número no CRO 12222	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 Josa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MP	1	88,00	0,00		S	25/04/22		Sandra
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MDP	1	122,00	0,00		S	25/04/22		Sandra
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 c(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 Dr. Edimário Alves de Jesus Neto 25/04/22 CRO-BA 1222				50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/04/22 Cirurgião Dentista CRO-BA 1222				51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/04/22 Sandra Santana Reis				52-Data, local e Carimbo da Empresa 25/04/22			
---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--