



1011350
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 6/12/21	4-Data de Autorização 10/7/10 6/12/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9989653	7-Data Validade da Senha 10/5/10 9/12/21
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202548538800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VANESSA DA CONCEICAO CARDOSO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VANESSA DA CONCEICAO CARDOSO
---	----------------------	---

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 da Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100	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
---	--------------------------	-------------	-----------------

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	10/7/10 6/12/21		- Vanessa
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	10/7/10 6/12/21		- Vanessa
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/7/10 6/12/21	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 122,00	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 Solicitante 10/7/10 6/12/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/7/10 6/12/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/7/10 6/12/21 - Vanessa da C. Cardoso	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/7/10 6/12/21
--	--	--	--

Dr. Vanessa N. Santos
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA: 23026

Dr. Vanessa N. Santos
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA: 23026