



2-No

413460
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2019	4-Data de Autorização 09/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8029733	7-Data Validade da Senha 04/02/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 2 5 7 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROBELO DA SILVA PINTO FILHO	06/11/1960	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JACIENE NASCIMENTO CASAES PINTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA	19-UF BA	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0161632131519152131111	22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA	27-Número no CRO 17752	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-	0 0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0		0 0 0	S	09/11/20		Robelins
2-	0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0		0 0 0	S	09/11/20		Robelins
3-	0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0		0 0 0	S	09/11/20		Robelins
4-	0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0		0 0 0	S	09/11/20		Robelins
5-	0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0		0 0 0	S	09/11/20		Robelins

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	09/11/20
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	178,00
47-Valor Total R\$	0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$	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), folharam 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

Dra. Thhayara Dayan
Cirurgiã Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	09/11/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	09/11/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa	09/11/20

Thaypno Doyen Sen 30	Thaypno Doyen Sen 30	*Robins da Silva	Fi/lu
----------------------	----------------------	------------------	-------