



819453
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/21	4-Data de Autorização 16/12/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9411726	7-Data Validade da Senha 16/03/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 002025447040000102					
13-Nome JARCILEIDE LUZ DE SOUZA FERREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUIZ CARLOS SANTOS FERREIRA		
		02/04/1975			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS				
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	
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S	

30-Tabeta	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 ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			16/12/21		Jarcileide
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			16/12/21		Jarcileide
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			16/12/21		Jarcileide
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			16/12/21		Jarcileide
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			16/12/21		Jarcileide
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/12/21	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 178,00	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 16/12/21 Dra. Paula Elisa Monteiro Cirurgiã-Dentista CRO-BA 22065	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/21 Dra. Paula Elisa Monteiro Cirurgiã-Dentista CRO-BA 22065	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/21 Jarcileide Luz de Souza Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/12/21
--	--	--	---