



Intercâmbio para o(a) dent

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º N°



1607046
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4066414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 9/12/13	4-Data de Autorização 11/19/10 9/12/13	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11662550	7-Data Validade da Semeta 11/11/11 12/12/13
---------------------------	---	---	------------------------	--	--

8-Número da Carteira 0101201251616191510101010110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12/12/13	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JUCIELMA DE OLIVEIRA SANTANA	26/07/1995	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALAN GOMES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RH 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 01081481511601010110101	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290 Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Tipo	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Molho da Glosa	42- Assinatura		
1-01018151101020101		RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	81810101	010101			12/10/23				
2-101018151101020101		RESTAURAÇÃO RESINA	16	MO	1	81810101	010101			12/10/23				
3-1														
4-1														
5-1														
6-1														
7-1														
8-1														
9-1														
10-1														
11-1														
12-1														
13-1														
14-1														
15-1														
43-Data Proposta Termino do Tratamento 12/10/23														
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência														
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial														
46-1-Total Quantidade US 1171610101														
47-Valor Total R\$ 010101														
48-1-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(ram) 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 12/10/11/23 CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/11/23 CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/11/23 CRO-BA 24085	53-Data, local e Cartão da Empresa 12/10/11/23 CRO-BA 24085
--	--	--	---