



926828
INTERCÂMBIO

1-Receito ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 1 / 0 3 / 1 2 2	4-Data de Autorização 3 0 1 / 0 3 / 1 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9739574	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 6 / 1 2 2
Dador do Benefício Jário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 5 9 6 0 6 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ / _ / _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome IVONE SANTOS DE OLIVEIRA		14-Telefone 19/01/1975	15-Nome do titular do plano IVONE SANTOS DE OLIVEIRA		
Dador do Contrato Respondeável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOMEDICA VIVER	18-Número no CRO 12222	19-L.F. BA	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 8520166-21
21-Código na Operadora / CNPJ / CP 0 2 3 7 9 3 9 7 5 4 6	22-Nome do Contratado Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO		23-Número no CRO 12222	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO		27-Número no CRO 12222	28-L.F. BA	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1	0 0 1 8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21	1	1	2 5 8 0 0	0 0 0		S	20/04/22		Edimario
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 2 5 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, com prometido-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	Dr. Edimário Alves de Jesus Neto Cirurgião Dentista CRO - BA 12222	Dr. Edimário Alves de Jesus Neto Cirurgião Dentista CRO - BA 12222	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/22 IVONE SANTOS DE OLIVEIRA	53-Data local e Assinatura da Empresa
---------------	--	--	--	---------------------------------------