



2100443
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/24	4-Data de Autorização 11/11/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13196456	7-Data Validade da Senha 09/02/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511784230000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MATEUS BAHIA DA PENHA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MATEUS BAHIA DA PENHA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELLEN RAMONY ABRACADO MACIEL	18-Número no CRO 1188	19-UF AP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43281105000179	22-Nome do Contratado Executante DRA SORRISO LTDA	23-Número no CRO 1188	24-UF AP	25-Código CNES 2872528	
26-Nome do Profissional Executante ELLEN RAMONY ABRACADO MACIEL		27-Número no CRO 1188	28-UF AP	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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	11/11/24		x Mateus Bahia
2	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/11/24		x Mateus Bahia
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 174,00	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), 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 11/11/24 <i>Ellen Ramony</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/24 <i>Ellen Ramony</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/24 <i>Mateus Bahia</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/24 Dra. Sorriso CNPJ: 43.281.105/0001-79 Dra. Ellen Ramony CRO 1188
---	---	---	--