



547644
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/21	4-Data de Autorização 17/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8573936	7-Data Validade da Senha 09/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202537718000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALMIR DA SILVA ALMEIDA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALMIR DA SILVA ALMEIDA	

16-Atendimento a RN 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 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-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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			17/05/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			17/05/21		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00			17/05/21		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			17/05/21		
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			17/05/21		
6-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			17/05/21		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/05/21	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 339,00	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 17/05/21 Dr.ª Jessica L. de Queiroz CRO-BA - 14.537	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/05/21 Dr.ª Jessica L. de Queiroz CRO-BA - 14.537	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/05/21 Almir da S. Almeida	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/05/21
---	---	---	---