



1661637
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/23	4-Data de Autorização 10/11/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11818367	7-Data Validade da Senha 23/10/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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 00202568029600000101		13-Nome SILVANI APARECIDA COSTA FRANCO		14-Telefone () -	
15-Nome do titular do plano SILVANI APARECIDA COSTA FRANCO		16-Data de Realização 18/03/1977			

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	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100		22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME		
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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	14		1	73,00	0,00			10/11/23		
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	17		1	73,00	0,00			19/11/23		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Realização do Tratamento 10/11/23	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 146,00	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 10/11/23 Dr. Ana Carolina Vaz CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/23 Dr. Ana Carolina Vaz CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/11/23 Silvani Aparecida Franco	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/23
---------------	--	--	--	--	---