



770447
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/21	4-Data de Autorização 13/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9260077	7-Data Validade da Senha 03/02/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano FOS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202536480900000101		13-Nome ISRAEL GOMES NASCIMENTO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ISRAEL GOMES NASCIMENTO		15/05/1956	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
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 Enviar - RX (I) 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 Sol citados									

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	22	P	1	61,00	0,00		S	13/11/21		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MP	1	88,00	0,00		S	13/11/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/21	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 149,00	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, a por mim assinado(s), 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 este 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 13/11/21 Dr. Felipe Melo CRO/BA 21991		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/21 Dr. Felipe Melo CRO/BA 21991		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/21	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--