



1886142
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 6 / 0 5 / 1 2 4	4-Data de Autorização 1 8 / 0 5 / 1 2 4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12494373	7-Data Validade da Senha 1 4 / 0 8 / 1 2 4
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

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 0 0 2 0 2 5 1 1 4 1 1 6 7 0 0 0 0 1 0 1		13-Nome RITA DE CASSIA DA COSTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RITA DE CASSIA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -	25-Código CNES 6127290
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 8 4 8 5 1 6 0 0 0 1 0 0		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	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1 4 4 , 0 0	0 , 0 0		S	18/05/24		- Rtu
2	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S	18/05/24		- Rtu
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/05/24	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 1 7 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 apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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 18/05/24 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas CRO-BA 8958	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/24 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas CRO-BA 8958	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/05/24 Rita de Cassia da Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/05/24
---	---	--	---