



1150342
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/2022	4-Data de Autorização 26/10/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10380455	7-Data Validade da Senha 19/12/2022
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202551297200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SELMA BARROS DO O		14-Telefone 0706/1971	15-Nome do titular do plano SELMA BARROS DO O		
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 08848516000100	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S	(I) 85100200

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	06/10/2022		Selma Barros
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/10/2022		Selma Barros
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	06/10/2022		Selma Barros
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/10/2022		Selma Barros
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/10/2022		Selma Barros
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00		S	06/10/2022		Selma Barros
7-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	06/10/2022		Selma Barros
8-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	MO	1	88,00	0,00		S	06/10/2022		Selma Barros
9-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MD	1	88,00	0,00		S	06/10/2022		Selma Barros
10-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	D	1	61,00	0,00		S	06/10/2022		Selma Barros
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/10/2022	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 537,00	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 06/10/2022 Ana Luísa B. Fontes Cirurgiã Dentista CRO-BA 22290	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2022 Ana Luísa B. Fontes Cirurgiã Dentista CRO-BA 22290	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2022 Selma Barros	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/2022
--	--	--	---