



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2017 4-Data de Autorização 15/11/2017 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8138095 7-Data Validade da Semeta 11/11/2017 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

439219
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534004400000103

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA EDUARDA SANTOS AMORIM

09/09/2018

14-Telefone

15-Nome do titular do plano MARIA DAS GRACAS ALMEIDA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N LUANA WALGER DE FARIA

22-Nome do Contratado Executante LUANA WALGER DE FARIA

18-Número no CRO 17756

19-UF BA

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04092818670

23-Número no CRO 17756

24-UF BA

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante LUANA WALGER DE FARIA

27-Número no CRO 17756

28-UF BA

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Class	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/11/2017		
2-00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			15/11/2017		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 1106,00 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, compreendendo-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 15/11/2017 Luana Walger de Faria 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2017 Luana Walger de Faria 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2017 53-Data, local e Contributo da Empresa 15/11/2017

Dra. Luana Walger de Faria
Cirurgiã-Dentista/ Odontopediatra
CRO-BA: 17756