



806080
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/21	4-Data de Autorização 04/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9369946	7-Data Validade da Senha 04/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025442652000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSICLEBER MEDEIROS DE MORAES		14-Telefone 02/06/1979	15-Nome do titular do plano ANGLACIELA DOS SANTOS NUNES		
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 / CNP. / CPF 69312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES	
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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	M	1	61,00	0,00			04/11/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00			04/11/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/11/21	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 122,00	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 04/11/21 Dra. Taysa Ribeiro Souza Cirurgia Dentista CRO-BA: 19327	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/21 Dra. Taysa Ribeiro Souza Cirurgia Dentista CRO-BA: 19327	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/21 J. Medeiros de Moraes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/21