



369404
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2019	4-Data de Autorização 10/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7846128	7-Data Validade da Senha 02/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Número da Carteira 00202531797100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANGELICA DOS SANTOS			14-Telefone 01/12/1975	15-Nome do titular do plano ANGELICA DOS SANTOS			

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		

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.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/10/2019		Angélica
2.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/10/2019		Angélica
3.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/10/2019		Angélica
4.	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/10/2019		Angélica
5.	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	10/10/2019		Angélica
6.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	32	VM	1	88,00	0,00		S	10/10/2019		Angélica
7.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	10/10/2019		Angélica
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/10/2019	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 327,00	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 10/10/2019 Dra. Milena Sousa Cirurgiã-Dentista CRO-19202	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2019 Angélica	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/2019
--	---	---