



1391693
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 3 / 2 3	4-Data de Autorização 0 1 / 0 4 / 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11048759	7-Data Validade da Senha 2 6 / 0 6 / 2 3
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 5 9 9 4 2 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAIFESON VIANA PONTES BARBOSA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DAIFESON VIANA PONTES BARBOSA		
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 0 8 8 4 8 5 1 6 0 0 0 1 0 0	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290	
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	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	6 1,0 0	0,0 0			01/04/23		
2	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6 1,0 0	0,0 0			01/04/23		
3	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6 1,0 0	0,0 0			01/04/23		
4	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6 1,0 0	0,0 0			01/04/23		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/04/23	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 2 4 4,0 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) em 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 01/04/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/04/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/04/23
---------------	---	---	---	---