



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 1 1 / 0 1 / 2 0	4-Data de Autorização 0 3 / 1 1 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8004504	7-Data Validade da Senha 12 6 / 1 0 / 1 1 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

407089
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde / / / /	
8-Número da Carteira 0 0 / 2 0 / 2 0 / 2 5 / 3 2 / 8 6 / 4 7 / 0 0 / 0 0 / 0 1 / 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome JAQUELINE NASCIMENTO DOS SANTOS		14-Telefone () / /	
13-Nome JAQUELINE NASCIMENTO DOS SANTOS		23-05/1988		15-Nome do Titular do plano JAQUELINE NASCIMENTO DOS SANTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Nome do Profissional Solicitante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA		17-Número no CRD 17752		18-UF BA		19-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 / 6 1 3 1 2 3 5 9 5 2 3		22-Nome do Contratado Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA		23-Número no CRD 17752		24-UF BA		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante THAYARA DAYAN SOUZA LIMA				27-Número no CRD 17752		28-UF BA		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabella	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-	0 0 / 0 8 / 1 0 / 0 0 / 0 6 / 5			CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4	0 0	0 0		0 3 / 1 1 / 1 2	03/11/20
2-	0 0 / 0 8 / 5 3 / 0 0 / 0 4 / 7			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6	0 0	0 0		0 3 / 1 1 / 1 2	03/11/20
3-	0 0 / 0 8 / 5 3 / 0 0 / 0 4 / 7			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6	0 0	0 0		0 3 / 1 1 / 1 2	03/11/20
4-	0 0 / 0 8 / 5 3 / 0 0 / 0 4 / 7			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6	0 0	0 0		0 3 / 1 1 / 1 2	03/11/20
5-	0 0 / 0 8 / 5 3 / 0 0 / 0 4 / 7			RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6	0 0	0 0		0 3 / 1 1 / 1 2	03/11/20
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento 0 3 / 1 1 / 2 0	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 7 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
---	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

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), 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 03/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/20
---	---	---	---

Thayara Dayan Souza
00-ma
Thayara Dayan Souza
00-ma

Dra. Thayara Dayan
Cirurgiã - Dentista
CRO-BA 17752