

OK 01-23-22

2-Nº



1005688
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/06/22	4-Data de Autorização 02/06/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9973235	7-Data Validade da Senha 31/08/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202542470400000105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DARLEIA DOS SANTOS SILVA		14-Telefone 30/03/1984	15-Nome do titular do plano ADILSON DOS SANTOS SILVA	

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 169312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		27-Número no CRO 8958	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 Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMP	1	12200	0,00		S	02/06/22		Darleia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 02/06/22	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 12200	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

O(a) usuário(a) após ter sido devidamente esclarecido do sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima informado, aceita e autoriza a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e lidar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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, compreendendo-me a lidar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Observação	51-Observação	52-Observação
Ana Luisa B. Fontes Cirurgiã Dentista CRO-BA 22290 02 06 22	Ana Luisa B. Fontes Cirurgiã Dentista CRO-BA 22290 02 06 22	Ana Luisa B. Fontes Cirurgiã Dentista CRO-BA 22290 02 06 22	Ana Luisa B. Fontes Cirurgiã Dentista CRO-BA 22290 02 06 22