



2-Nº



2559200
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 1 1 / 2 5	4-Data de Autorização 2 7 / 1 1 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14660895	7-Data Valida da Senha 2 6 / 0 1 / 2 6
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202511918560000101					9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira _/_/__/__		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700502565630158	
13-Nome ERIVELTON TEIXEIRA DE ARAUJO					14-Telefone 22/10/1976 () _ _ _ _ _		15-Nome do titular do plano ERIVELTON TEIXEIRA DE ARAUJO					

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 2 0 8 0 2 8 0 4 0 0 0 1 1 1				22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA		23-Número no CRO 14537		24-UF BA	25-Código CNES 7688776
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS					27-Número no CRO 8958		28-UF BA	29-Código CBO S	

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/7/11 11/12/11	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 3 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) 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 Justificativa: 01/00087 - PACIENTE COM DOR INTENSA NA UNIDADE 18 NER. Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas Cirurgião Dentista CRO-BAP-53			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/11 11/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/11 11/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 11/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/11 11/25