



2166994
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/2015	4-Data de Autorização 14/01/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13394071	7-Data Validade da Senha 14/04/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251201364000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARILZA SILVA DOS SANTOS		14-Telefone 10/10/1980	15-Nome do titular do plano MARILZA SILVA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLIORP	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA	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		

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/01/2015		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

143-Data Previsão Término do Tratamento 14/01/2015	144-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	145-Tipo de Cobertura 1-Total 2-Parcial	146-TOTAL COBERTURA US 34,00	147-VALOR TOTAL R\$ 0,00	148-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 14/01/2015 Dra. Emilly Ribeiro S. Souza Cirurgiã-Dentista CRO-BA 27050	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 14/01/2015 Dra. Emilly Ribeiro S. Souza Cirurgiã-Dentista CRO-BA 27050	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/2015 Marilza Silva dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/01/2015
--	--	---	---