



2524933
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/11/2015	4-Data de Autorização 29/11/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14553587	7-Data Validade da Senha 28/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706406657590385	
13-Nome THAYLLA ROBERTA SILVA ARAUJO				14-Telefone 14/14/7078		15-Nome do titular do plano ELIVANIA DOS SANTOS ARAUJO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8958		19-UF BA		20-Código CBO S 10		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLIORP		23-Número no CRO 8958		24-UF BA		25-Código CNES 6127290	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100		22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA		27-Número no CRO 8958		28-UF BA		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS									

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-	0014000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00			29/11/2015		Elivania
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/11/2015	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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/2015 R. S. MASCARENHAS CRO-BA 8958	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/2015 Elivania S. CRO-BA 25097	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/2015 Elivania S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/2015
---	--	---	---