



2218615
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/02/2015	4-Data de Autorização 20/02/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13562727	7-Data Validade da Senha 21/05/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 002025121070700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TATIANE BYRNE COSTA	14-Telefone () -
15-Nome do titular do plano TATIANE BYRNE COSTA	

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	25 - 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

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	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	38		1	73,00	0,00		S	20/02/2015		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/02/2015	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 73,00	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 Solicitante 20/02/2015 Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/02/2015 Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/02/2015 Tatiane Byrne BA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/02/2015
---------------	---	---	--	---