



492451
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8361274	7-Data Validade da Senha 03/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202535872400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JACQUELINE BORGES DA SILVA		14-Telefone 15/01/1983	15-Nome do titular do plano JACQUELINE BORGES DA SILVA		

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 69312060287				22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS				23-Número no CRO 8958		24-UF BA		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS						27-Número no CRO 8958		28-UF BA		29-Código CBO S (I) 85100200			

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
1-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/10/2012		Jacqueline
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/10/2012		Jacqueline
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/10/2012		Jacqueline
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/10/2012		Jacqueline
5-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	21	MV	1	88,00	0,00			12/10/2012		Jacqueline
6-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	12	MV	1	88,00	0,00			12/10/2012		Jacqueline
7-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA Rx	26	MV	1	88,00	0,00			12/10/2012		Jacqueline
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/2012	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 408,00	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 12/10/2012 CRO-BA 17868	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2012 CRO-BA 17868	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012 Jacqueline	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/2012
--	--	--	---