



2130146
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2014	4-Data de Autorização 03/11/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13285853	7-Data Validade da Senha 03/10/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025118824000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WALLACE SILVA DOS SANTOS			14-Telefone 02/05/2003 () -	15-Nome do titular do plano WALLACE SILVA DOS SANTOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO		18-Número no CRO 16493	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07086856000170		22-Nome do Contratado Executante ORAL D AVILA CLINICA ODONTOLOGICA LTDA		23-Número no CRO 16493	24-UF BA
25-Código CNES 9641629		26-Nome do Profissional Executante CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO		27-Número no CRO 16493	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-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	12		1	258,00	0,00		S	18/11/2014		Wallace
2-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	13		1	258,00	0,00		S	18/11/2014		Wallace
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	18/11/2014		Wallace
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 530,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 Profissional Solicitante 18/11/2014 Dr. Camila Lucena CRO: 16493	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 18/11/2014 Dr. Camila Lucena CRO: 16493	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2014 Wallace	53-Data, local e Carimbo de Empresa 18/11/2014 Dr. Camila Lucena CRO: 16493