



2561160
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/11/2015	4-Data de Autorização 28/11/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14667481	7-Data Validade da Senha 27/01/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251249777000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome do Beneficiário ANA CLARA ALVES DE ARAUJO	14-Data de Nascimento 03/06/2007	15-Data de Emissão da Guia () / /	16-Data de Validade da Guia () / /	17-Data de Validade da Guia () / /	18-Data de Validade da Guia () / /	19-Data de Validade da Guia () / /	20-Data de Validade da Guia () / /	21-Data de Validade da Guia () / /	22-Data de Validade da Guia () / /	23-Data de Validade da Guia () / /	24-Data de Validade da Guia () / /	25-Data de Validade da Guia () / /	26-Data de Validade da Guia () / /	27-Data de Validade da Guia () / /	28-Data de Validade da Guia () / /	29-Data de Validade da Guia () / /	30-Data de Validade da Guia () / /	31-Data de Validade da Guia () / /	32-Data de Validade da Guia () / /	33-Data de Validade da Guia () / /	34-Data de Validade da Guia () / /	35-Data de Validade da Guia () / /	36-Data de Validade da Guia () / /	37-Data de Validade da Guia () / /	38-Data de Validade da Guia () / /	39-Data de Validade da Guia () / /	40-Data de Validade da Guia () / /	41-Data de Validade da Guia () / /	42-Data de Validade da Guia () / /	43-Data de Validade da Guia () / /	44-Data de Validade da Guia () / /	45-Data de Validade da Guia () / /	46-Data de Validade da Guia () / /	47-Data de Validade da Guia () / /	48-Data de Validade da Guia () / /	49-Data de Validade da Guia () / /	50-Data de Validade da Guia () / /	51-Data de Validade da Guia () / /	52-Data de Validade da Guia () / /	53-Data de Validade da Guia () / /	54-Data de Validade da Guia () / /	55-Data de Validade da Guia () / /	56-Data de Validade da Guia () / /	57-Data de Validade da Guia () / /	58-Data de Validade da Guia () / /	59-Data de Validade da Guia () / /	60-Data de Validade da Guia () / /	61-Data de Validade da Guia () / /	62-Data de Validade da Guia () / /	63-Data de Validade da Guia () / /	64-Data de Validade da Guia () / /	65-Data de Validade da Guia () / /	66-Data de Validade da Guia () / /	67-Data de Validade da Guia () / /	68-Data de Validade da Guia () / /	69-Data de Validade da Guia () / /	70-Data de Validade da Guia () / /	71-Data de Validade da Guia () / /	72-Data de Validade da Guia () / /	73-Data de Validade da Guia () / /	74-Data de Validade da Guia () / /	75-Data de Validade da Guia () / /	76-Data de Validade da Guia () / /	77-Data de Validade da Guia () / /	78-Data de Validade da Guia () / /	79-Data de Validade da Guia () / /	80-Data de Validade da Guia () / /	81-Data de Validade da Guia () / /	82-Data de Validade da Guia () / /	83-Data de Validade da Guia () / /	84-Data de Validade da Guia () / /	85-Data de Validade da Guia () / /	86-Data de Validade da Guia () / /	87-Data de Validade da Guia () / /	88-Data de Validade da Guia () / /	89-Data de Validade da Guia () / /	90-Data de Validade da Guia () / /	91-Data de Validade da Guia () / /	92-Data de Validade da Guia () / /	93-Data de Validade da Guia () / /	94-Data de Validade da Guia () / /	95-Data de Validade da Guia () / /	96-Data de Validade da Guia () / /	97-Data de Validade da Guia () / /	98-Data de Validade da Guia () / /	99-Data de Validade da Guia () / /	100-Data de Validade da Guia () / /
--	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 20802804000111	22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA	23-Número no CRO 14537	24-UF BA	25-Código CNES 7688776
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	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			12/11/2015		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/11/2015	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Dedaro, 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 Justificativa: 81000057: PACIENTE COM DOR INTENSA NA UNIDADE 48 IRROMPIDA NECESSIDADE DE EXODONTIA.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/11/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/11/2015
---	---	---	---