



1522976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2017	4-Data de Autorização 11/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11421482	7-Data Validade da Senha 10/06/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202558232400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KELLI CRISTINA DE OLIVEIRA		14-Telefone 31/05/1975	15-Nome do titular do plano KELLI CRISTINA DE OLIVEIRA	

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 8848516000100	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME	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

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	11/10/2017		[Assinatura]
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	11/10/2017		[Assinatura]
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término 11/10/2017	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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 11/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2017
---	---	---	---

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 8958

Dr. Gabriel Rodrigues
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 24928

Kelli Cristina de Oliveira

Dr. Gabriel Rodrigues
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 24928