



2471448
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2015	4-Data de Autorização 18/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14388680	7-Data Validade da Senha 17/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 002025121494000000102									
13-Nome NATANAEL ORNELAS NASCIMENTO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CATULIO ORNELAS BARBOSA			

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		025 - 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	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00			18/10/2015		
2	0085100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	74	D	1	61,00	0,00			18/10/2015		
3	0085100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	75	M	1	61,00	0,00			18/10/2015		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização do Tratamento 18/10/2015	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 194,00	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 Justificativa: 85100137: DENTE COM CARIE. Justificativa: 85100137: DENTE COM CARIE.	
---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Mailane Borges CRO/BA 28623	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Catulio Ornelas Barbosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/2015
---	--	--	---

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958