



1429057
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/17/2014	4-Data de Autorização 01/20/15	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11157176	7-Data Validade da Senha 02/16/17
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020255599420000010	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAIFESON VIANA PONTES BARBOSA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DAIFESON VIANA PONTES BARBOSA	

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 0884851600100	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-	082001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	02/10/13		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/10/13	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 361,00	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 no 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 02/10/13 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas Cirurgião - Dentista CRO-BA 8958	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/13 Dr. Gabrielle Rodrigues Cirurgiã - Dentista CRO - BA 24928	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/13 Daifeson Viana Pontes Barbosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/13 Dr. Gabrielle Rodrigues Cirurgiã - Dentista CRO - BA 24928
---------------	--	--	---	--