



1431071
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 12/18/04 4- Data de Autorização 12/18/04 5- Sentença AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 11162971 7- Data Validade da Sentença 12/17/04 12

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 10020256770600000100 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 13- Nome ELIELMA DOS SANTOS CARVALHO 14- Telefone 29/11/1985 15- Nome do titular do plano ELIELMA DOS SANTOS CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN 17- Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 18- Número no CRO 8958 19- UF BA 20- Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 1208028040000111 22- Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA - EPP (EMERGENCIA 24 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 CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- F-ace	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guisa	42- Assinatura
1-	0	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	34,00	0,00			11/01/04		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43- Data Prescrição / Término do Tratamento 28/04/03 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodomia 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\$

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(ram) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação: Paciente com crie extenuante no momento da realização do tratamento. Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/04/03 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas Cirurgião - Dentista CRO - BA 8958 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 28/04/03 Dr. Gabriel Rodrigues Cirurgião - Dentista CRO - BA 24928 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/04/03 Elielma dos Santos Carvalho 53- Data, local e Canto da Empresa 28/04/03 Dr. Gabriel Rodrigues Cirurgião - Dentista CRO - BA 24928