



456748
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011 4-Data de Autorização 11/09/2011 5-Senha AUTORIZADO 8210667 6-Número da Guia Principal 8210667 7-Data Validade da Senha 11/09/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025331170000000000001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/09/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GLAUCINEIA DE OLIVEIRA SILVA 28/10/1977 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano GLAUCINEIA DE OLIVEIRA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 16305 19-UF BA 20-Código CBO S 025- Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 006619417523 22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 16305 24-UF BA 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 16305 28-UF BA 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	16	O	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	11/09/2011		
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	17	O	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	11/09/2011		
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	27	M	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	11/09/2011		
4-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5	28	1	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	11/09/2011		
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/09/2011	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	256,00	33.728,65	10,00							

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, compreendendo-me a cumprir as obrigações 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 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 11/09/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2011 53-Data, local e Cartão da Empresa 11/09/2011 SSA

33.728,65/10001-51

Consultório Odontológico Império Sorriso

Av. Dorival Caymithy, 14193

Itapua, CEP: 41635-150

Ed. Walfer Nogueira, Sala 110

Salvador, BA.