



1156863
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 9/12/2	4-Data de Autorização 12/3/10 9/12/2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10397090	7-Data Validade da Senha 12/2/11 2/12/2
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254731410000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GISLAINE GOMES ANGELIM MURICY		14-Telefone 16/03/1980	15-Nome do titular do plano GISLAINE GOMES ANGELIM MURICY	

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 08848516000100	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	D	1	61,00	0,00		S	23/09/2010		Gislaine
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	M	1	61,00	0,00		S	23/09/2010		Gislaine
3-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	34		1	73,00	0,00		S	23/09/2010		Gislaine
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/10/2010	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 195,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e compromissos do tratamento, realizei o mesmo, 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 23/09/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/09/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 23/09/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/09/2010
---	---	---	---

Dr. Roberto de Oliveira Sanchez
Cirurgião Dentista
CRO - BA 24114

Dr. Roberto de Oliveira Sanchez
Cirurgião Dentista
CRO - BA 24114

Dr. Gislaime Gomes Angelim Muricy
CRO - BA 24114