



525266
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2014	4-Data de Autorização 23/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8490352	7-Data Validade da Senha 15/10/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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 00202535932700000103		13-Nome MIDIAN GOMES DE ARAUJO		14-Telefone 30/12/2009	
		15-Nome do titular do plano JAIR ALMEIDA SANTOS			

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 69312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES
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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/10/14		B. Lima
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/10/14		B. Lima
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/10/14		B. Lima
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/10/14		B. Lima
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/10/14		B. Lima
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/10/14	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 174,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/14 Dra. Beatriz Gomes Fernandez Cirurgiã - Dentista CPF: 17824	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/14 Cirurgiã - Dentista CPF: 17824	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/14 B. Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/14
--	--	--	---