



492153 INTERCÂMBIO					
7-Data Validade da Senha 10 3 / 0 6 / 2 1		6-Número da Guia Principal 8360176		5-Senha AUTORIZADO	
3-Data de Emissão da Guia 10 5 / 0 3 / 2 1		4-Data de Autorização 10 6 / 0 3 / 2 1		5-Senha AUTORIZADO	
8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 3 6 2 1 7 5 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome JAIME SOUSA DA INVENCAO		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JAIME SOUSA DA INVENCAO	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 16305	
21-Código na Operadora / ONP / CPF 10 6 6 1 9 4 1 7 5 2 3		22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 16305	
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 16305		28-Uf BA	
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição	
1-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA			
2-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
3-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
4-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
5-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			
6-					
7-					
8-					
9-					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento	
1 0 3 / 2 1		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial	
1 0 3 / 2 1		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial	
46-Valor Total R\$		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
33.728,651000151		33.728,651000151		0 0 0 0	
Consultório Odontológico Império Sorriso		Av. Dorival Caymmi, 14193			
		Itapua, CEP: 41635-150			
		Ed. Walter Negreiros, Sala 110			
		Salvador - BA.			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda 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 11/10/2013/21		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/10/2013/21		52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2013/21	
53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2013/21		54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2013/21		55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2013/21	