



2207985
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2015	4-Data de Autorização 13/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13530135	7-Data Validade da Senha 14/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202512107070000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TATIANE BYRNE COSTA		04/10/1982		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TATIANE BYRNE COSTA		

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 20802804000111		22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA		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 CBO S			

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-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			13/02/15		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

10-Data de Emissão do Tratamento 13/02/15	11-Tipo de Tratamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	12-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	13-Valor Estimado US 34,00	14-Valor Estimado R\$ 0,00	15-Valor Estimado em Reais 0,00
--	---	--	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

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, 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: *Pulpate ovo versível na unidade 17, foi feito acesso frescura e encami na cavidade*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/02/15 <i>Dra. Ana Caroline Vaz</i> Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/02/15 <i>Dra. Ana Caroline Vaz</i> Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/02/15 <i>Tatiane Byrne Costa</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/02/15
--	--	---	---