



1431347
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 21/08/2014 4-Dia de Autorização 21/08/2014 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11163848 7-Dia Validade da Senha 21/07/2017 8-Dia Validade da Guia 21/07/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020255116110000010 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MICHEL OLIVEIRA MELO 23/05/2017 14-Telefone 15-Nome do titular do plano RAOUEL SANTOS DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 088485160001001 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- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa de Assinatura
1-	0	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	63	1	73,00	0,00	0,00	0	28/04/2013	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Dia Previsto Término do Tratamento 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 73,00 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 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/04/2013 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/04/2013 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 28/04/2013 53-Dia, local e Assinatura da Empresa 28/04/2013

Elis E. dos Santos Paixão
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA: 21869

Elis E. dos Santos Paixão
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA: 21869

Raquel Santos de Oliveira