



397778
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7966210	7-Data Validade da Senha 14/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532551600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDLANE DOS SANTOS MARQUES		14-Telefone 24/08/1991	15-Nome do titular do plano EDLANE DOS SANTOS MARQUES	

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 Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100218

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			22/10/2012		Edlane
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			22/10/2012		Edlane
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			22/10/2012		Edlane
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			22/10/2012		Edlane
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	88,00	0,00			22/10/2012		Edlane
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VM	1	88,00	0,00			22/10/2012		Edlane
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PDM	1	122,00	0,00			22/10/2012		Edlane
8	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VPM	1	122,00	0,00			22/10/2012		Edlane
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	PO	1	88,00	0,00			22/10/2012		Edlane
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00			22/10/2012		Edlane
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/2012	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 713,00	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 22/10/2012 Dra. Jéssica L. de Queiroz Cirurgiã-Dentista CRO-BA - 14.537	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2012 Dra. Jéssica L. de Queiroz Cirurgiã-Dentista CRO-BA - 14.537	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2012 Edlane dos Santos 22/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/2012
--	--	---	---