



1632641
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/09 12/3 4-Data de Autorização 10/3/11 10/12/3 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11735364 7-Data Validade da Serina 12/9/11 12/12/3

8-Número da Carteira 10/02/02 5 5 7 1 2 7 1 0 0 0 0 1 0 1 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOSE CARLOS DOS SANTOS 20/09/1967 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano JOSE CARLOS DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 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 108848516100011000 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

33-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 Gloriosa	42-Assinatura		
TRATAMENTO ENDODÔNTICO															11	1	2	5	8	10	10	10	10	10	10	10
1	0	0	8	5	2	0	0	1	6	6																
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										

43-Data Pagamento Término do Tratamento 10/11/09 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Realização 1-Total 2-Parcial 46-Valor Total em R\$ 1258,00 47-Valor Total em R\$ 10,00 48-Valor Total em R\$ 10,00 49-Valor Total em R\$ 10,00

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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/09/09 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/09/09 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/09/09 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/09/09

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958