



1628015
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2012	4-Data de Autorização 18/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11721758	7-Data Validade da Senha 26/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00202552665400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ROSANGELA DE QUEIROZ SENA	14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano ROSANGELA DE QUEIROZ SENA
--------------------------------------	-----------------------	--

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 08848516000100	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
---	--------------------------	-------------	-----------------

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/10/12		Rosângela
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	/ /		Rosângela
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-UBR Previsto (Forma de Pagamento)	44-Tipo de Faturamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	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 18/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/12
---	---	---	---

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO - BA 8958

Dr. Paloma A. Gonçalves
Cirurgiã - Dentista
CRO - BA 23213

Dr. Paloma A. Gonçalves
Cirurgiã - Dentista
CRO - BA 23213