



2142745
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2012	4-Data de Autorização 13/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13327889	7-Data Validade da Senha 13/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0020251203370000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCIA SILVA DOS SANTOS VIEIRA	14-Telefone () -
15-Data Validade da Carteira 27/11/1986	15-Nome do titular do plano MARCIA SILVA DOS SANTOS VIEIRA

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		S	13/10/2012		/MSSA
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/12/2012	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 34,00	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
Sulista, encaminhado unidade 27. Anexo, medicação, extração, prescrição e encaminhamento para especialista

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/12/2012 Dr. Rodrigo A. Gonçalves Cirurgião - Dentista CRO - BA 23213	51-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/12/2012 Marcia Silva dos Santos Vieira	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/12/2012 Marcia Silva dos Santos Vieira	53-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/12/2012 Marcia Silva dos Santos Vieira
--	--	--	--