



397808
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2012	4-Data de Autenticação 22/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7966360	7-Data Validade da Senha 14/11/2012
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202532653600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome IVANILSON DOS SANTOS MARQUES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IVANILSON DOS SANTOS MARQUES	

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 -	
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	
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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/11/2012		L. Vianilson
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/11/2012		L. Vianilson
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/11/2012		L. Vianilson
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/11/2012		L. Vianilson
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		S	22/11/2012		L. Vianilson
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	22/11/2012		L. Vianilson
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00		S	22/11/2012		L. Vianilson
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	22/11/2012		L. Vianilson
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/11/2012	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 415,00	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 22/11/2012 Dra. Jéssica de Queiroz Cirurgiã-Dentista CRO-BA-14.537	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 22/11/2012 Dra. Jéssica de Queiroz Cirurgiã-Dentista CRO-BA-20060	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/2012 L. Vianilson	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/2012
--	--	---	---