

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1964634
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/07 4-Data de Autorização 12/01/07 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 12755688 7-Data Validação da Senha 12/21/10 8-Número da Carteira 010120251115474200000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Vencimento da Carteira 12/21/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LILIANE SENA SANTOS 20/01/1986 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano LILIANE SENA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 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 018848516001011010 22-Nome do Contratado Executante R.S. MASCARENHAS & CIA LTDA 23-Número no CRO 8958 24-UF BA 25-Código CHES 6127290 26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 27-Número no CRO 8958 28-UF BA 29-Código CBO S

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 Guia	42-Assinatura
1-00	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	144,00	0,00					
2-00	01810001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00					
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/03/2014 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Úrgencia/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 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(ram) 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 24/01/2014 Elis E. dos Santos Pinheiro Cirurgiã-Dentista CRO-BA: 21869 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/01/2014 Elis E. dos Santos Pinheiro Cirurgiã-Dentista CRO-BA: 21869 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/01/2014 Liane Sena Santos 53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/01/2014