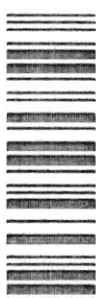




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 15/10/2013 4- Data de Autorização 12/9/10 6/12/13 5- Sentença AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 11332886 7- Data Validade da Sentença 13/10/19/12/13

1491223
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 000202536480900000010101 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11- Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1

13- Nome

ISRAEL GOMES NASCIMENTO 15/05/1956 14- Telefone () - - - - - 15- Nome do titular do plano ISRAEL GOMES NASCIMENTO 17- Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RUI 17- Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 18- Número no CRO 8958 19- UF BA 20- Código CBO S 025 Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 18848516000010101 22- Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME 23- Número no CRO 8958 24- UF BA 25- Código CNES 6127290 26- Código CBO S

26- Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código de Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Rigido	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Class	42- Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OV	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	13/10/2013
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00	13/10/2013
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00	13/10/2013
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43- Data Prevista Término do Tratamento 22/10/2013												
44- 1- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência												
45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial												
46- Total Quantidade US 210,00												
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 no 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Contratado Dentista: 22/10/2013 DR. JACQUES CILINE VOLT 51- Data, local e Assinatura do Contratado Dentista: 22/10/2013 DR. JACQUES CILINE VOLT 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 22/10/2013 53- Data, local e Assinatura da Empresa: 22/10/2013 CRO-BA 24085 CRO-BA 24085 CRO-BA 24085