



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.40



14-Identificação ANS 406414
 15-Data de Emissão da Guia 17/10/2011
 16-Data de Autorização 12/10/2011
 17-Serina AUTORIZADO
 18-Número de Guia Própria 8302742
 19-Data Válida da Serina 17/10/2011
 20-Data, Local e Caminho da Empresa 18/10/2011

478134
 INTERAMBIO

21-Dados do Beneficiário
 22-Número da Carteira 00202535525900001011
 23-Plano FOS FEDE PRESTADORA
 24-Data de Validade da Carteira
 25-Data, Local e Caminho da Carteira
 26-Data, Local e Caminho da Serina
 27-Data, Local e Caminho da Empresa

28-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento
 29-Nome do Profissional Solicitante
 30-Nome do Profissional Executante
 31-Nome do Contratado Executante
 32-Nome do Profissional Executante
 33-Número no CRO
 34-Número no CRO
 35-Número no CRO
 36-Número no CRO
 37-UF
 38-UF
 39-UF
 40-UF
 41-Código CBO S
 42-Código CBO S
 43-Código CBO S
 44-UF
 45-UF
 46-UF
 47-Código CBO S
 48-UF
 49-Código CBO S
 50-UF
 51-Código CBO S
 52-UF
 53-Código CBO S
 54-UF
 55-Código CBO S
 56-UF
 57-Código CBO S
 58-UF
 59-Código CBO S
 60-UF
 61-Código CBO S
 62-UF
 63-Código CBO S
 64-UF
 65-Código CBO S
 66-UF
 67-Código CBO S
 68-UF
 69-Código CBO S
 70-UF
 71-Código CBO S
 72-UF
 73-Código CBO S
 74-UF
 75-Código CBO S
 76-UF
 77-Código CBO S
 78-UF
 79-Código CBO S
 80-UF
 81-Código CBO S
 82-UF
 83-Código CBO S
 84-UF
 85-Código CBO S
 86-UF
 87-Código CBO S
 88-UF
 89-Código CBO S
 90-UF
 91-Código CBO S
 92-UF
 93-Código CBO S
 94-UF
 95-Código CBO S
 96-UF
 97-Código CBO S
 98-UF
 99-Código CBO S
 100-UF

13-Nome ARLAN CLEITON CONRADO DE SOUZA
 14-Data de Realização 14/09/1988
 15-Telefone ()
 16-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA
 17-Endereço do Titular do Plano
 18-Nome do Profissional Solicitante ARLAN CLEITON CONRADO DE SOUZA
 19-Nome do Profissional Executante
 20-Nome do Contratado Executante
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06931121060287
 22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
 23-Número no CRO 8958
 24-UF BA
 25-Código CBO S
 26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
 27-Número no CRO 8958
 28-UF BA
 29-Código CBO S
 30-UF BA
 31-Código CBO S
 32-UF BA
 33-Código CBO S
 34-UF BA
 35-Código CBO S
 36-UF BA
 37-Código CBO S
 38-UF BA
 39-Código CBO S
 40-UF BA
 41-Código CBO S
 42-UF BA
 43-Código CBO S
 44-UF BA
 45-Código CBO S
 46-UF BA
 47-Código CBO S
 48-UF BA
 49-Código CBO S
 50-UF BA
 51-Código CBO S
 52-UF BA
 53-Código CBO S
 54-UF BA
 55-Código CBO S
 56-UF BA
 57-Código CBO S
 58-UF BA
 59-Código CBO S
 60-UF BA
 61-Código CBO S
 62-UF BA
 63-Código CBO S
 64-UF BA
 65-Código CBO S
 66-UF BA
 67-Código CBO S
 68-UF BA
 69-Código CBO S
 70-UF BA
 71-Código CBO S
 72-UF BA
 73-Código CBO S
 74-UF BA
 75-Código CBO S
 76-UF BA
 77-Código CBO S
 78-UF BA
 79-Código CBO S
 80-UF BA
 81-Código CBO S
 82-UF BA
 83-Código CBO S
 84-UF BA
 85-Código CBO S
 86-UF BA
 87-Código CBO S
 88-UF BA
 89-Código CBO S
 90-UF BA
 91-Código CBO S
 92-UF BA
 93-Código CBO S
 94-UF BA
 95-Código CBO S
 96-UF BA
 97-Código CBO S
 98-UF BA
 99-Código CBO S
 100-UF BA

30-Índice	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
1-0	0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	0	1	61,00	0,00					
2-0	0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	0	1	61,00	0,00					
3-0	0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	0	1	61,00	0,00					
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
20/10/2011		1- Tratamento Odontológico		1- Total 2- Parcial		1183,00		10,00		0,00		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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
 51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, Local e Caminho da Empresa

Dr. Robert Santos
 Cirurgião-Dentista
 CRO-BA 20.884

Dr. Robert Santos
 Cirurgião-Dentista
 CRO-BA 20.884