



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2131621
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/4/11/2/24	4-Data de Autorização 10/4/11/2/24	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13290753	7-Data Validade da Guia 10/4/10/3/12/5
--------------------------	---	---------------------------------------	----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021025364809000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome

ISRAEL GOMES NASCIMENTO	15/05/1956	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ISRAEL GOMES NASCIMENTO
-------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLIORP	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CRO S 10	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1018141851161010110101	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290
------------------------	--	--------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante

RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CRO S
---------------------------	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0101815310101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	144,10	0,10			04/11/2011		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/11/2011	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 114,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,10
--	---	--	----------------------------------	-----------------------------	--

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 Beneficiário / Responsável 04/11/2011, São Paulo, SP Dra. Jaqueline Santos CRO-Ba-25097	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 04/11/2011, São Paulo, SP Dra. Jaqueline Santos CRO-Ba-25097	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2011, São Paulo, SP Dra. Jaqueline Santos CRO-Ba-25097	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/2011, São Paulo, SP
---	---	---	--