



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2417



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 12/5/10 11/2 11	4-Data de Autorização 12/7/10 11/2 11	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8228666	7-Data Validade da Sentia 12/5/10 14/12 11
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	---

461032
INTERCÂMBIO

Endereço do Beneficiário 10/0/2/0/2/5/2/9/1/6/6/6/0/0/0/0/0/1/0/1/1	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome CREUZENI NASCIMENTO SANTOS	14/10/1977	14-Profissão 11/808-8682	15-Nome no Livro de Matr CREUZENI NASCIMENTO SANTOS
---------------------------------------	------------	-----------------------------	--

Dados do Contratado Residência (pelo Tratamento)

16-Endereço onde se Reside THIAGO MALBAR MOSCON	17-Endereço do Profissional Substituto THIAGO MALBAR MOSCON	18-Número no CRO 8005	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1F) 85200140-14 (1) 85100200
21-Código no Operador CBO S / CFP 10/8/2/7/6/1/8/5/7/3/8/1/1/1	22-Nome do Contratado Exatente THIAGO MALBAR MOSCON	23-Número no CRO 8005	24-UF BA	25-Código CNES (1F) 85200140-14 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Exatente THIAGO MALBAR MOSCON	27-Número no CRO 8005	28-UF BA	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Específicos

30-Tamão	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data de Registo	34-Frete	35-COD	36-Código de US	37-Valor	38-Franquia Participação R\$	39-Ativ	40-Dito de Realização	41-Valor da Guia	42-Assinatura
1-0	10	8	5	2	0	0	1	4	0			
2-0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			
3-0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			
4-0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			
5-0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			
6-0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			
7-0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			
8-0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			
9-0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			
10-0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			
11-0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			
12-0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			
13-0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			
14-0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			
15-0	10	8	5	1	0	0	2	0	0			

43-Data Fatura / Termo do Tratamento 12/11/10 11/2 11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Fatura Especial	46-Total Quantidade US 11421,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,00
--	---	--	------------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução de 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) acima, e por mim assinado(s), (foram realizados) 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.

Assinatura do Paciente

49-Data local e Assinatura do Contratado Beneficiário 12/11/10 11/2 11	50-Data local e Assinatura do Contratado Dentista 12/11/10 11/2 11	51-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10 11/2 11	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10 11/2 11	53-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10 11/2 11
---	---	--	--	--