



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 05/10/2009 4-Data de Autorização 11/10/2009 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11642139 7-Data Validade da Guia 04/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020255459890000102 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 1599816 INTERCÂMBIO

13-Nome CECILIA DE OLIVEIRA LIMA

04/03/2005

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano ELANE DE OLIVEIRA ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 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 08485160001001001 22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME

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 CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Frete	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Montante da Guia	42-Assinatura
1-00	085200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	47	1	1	53300	0,00	0,00	51	11/08/2011	11/08/2011	11/08/2011
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/08/2011

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Diagnóstico 4-Urgência/Emergência

45-Forma de Pagamento 1-Total 2-Parcial

46-Valor Total R\$ 1033,00

47-Valor 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 pagar em 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. 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 11/11/09/2011 Dr. Joaquina Oliveira Cirurgião Dentista CRO-BA: 24957 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/11/09/2011 Dr. Joaquina Oliveira Cirurgião Dentista CRO-BA: 24957 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/09/2011 Cecília de Oliveira Lima 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/09/2011