



1- Registro ANS 406414
 3- Data de Emissão da Guia 12/9/10 21/24
 4- Data de Autorização 08/10/3/12 41
 5- Sentença AUTORIZADO
 6- Número da Guia Principal 12213446
 7- Data Validade da Sentença 12/9/10 5/12 41

1797340
 INTERCAMBIO

8- Número da Carteira 101021025111415600001021
 9- Plano POS REDE PRESTADORA
 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11- Data Validade da Carteira
 12- Número do Contrato Nacional de Saúde

13- Nome TAINA GORDIANO DOS SANTOS
 14- Telefone
 15- Nome do titular do plano NERMEVAL BARBOSA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN
 17- Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
 18- Número no CRO 8958
 19- UF BA
 20- Código CBO S
 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF
 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 CBO S

30- Tabela 31- Código do Procedimento 32- Descrição 33- Dente/Região 34- Face 35- Qtd 36- Quantidade US 37- Valor 38- Franquia/Co-participação R\$ 39- Anl 40- Data de Realização 41- Motivo da Gloriosa 42- Assinatura

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Anl	40- Data de Realização	41- Motivo da Gloriosa	42- Assinatura
1	010	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6,10	0,00			08/02/10		[Assinatura]
2	010	RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	6,10	0,00			08/03/10		[Assinatura]
3	010	RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	1	6,10	0,00			08/03/10		[Assinatura]
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Prevista Término do Tratamento 08/05/10
 44- 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 183,00
 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 apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acatar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (c/s) procedimento(s) descrit(s) acima, e por mim assinado(s), 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
 08/10/2010 [Assinatura] Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
 51- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 08/10/2010 [Assinatura] Dr. H. Gonçalves
 52- Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
 08/10/2010 [Assinatura] Taina Gordiano dos Santos
 53- Data local e Carimbo da Empresa
 08/10/2010 [Assinatura] Dentista [Carimbo] Dr. H. Gonçalves

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
 Cirurgião-Dentista
 CRO-BA 8958

Dr. H. Gonçalves
 Dentista
 CRO-BA 23213

Dr. H. Gonçalves
 Dentista
 CRO-BA 23213