



Indicação para a Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



393046
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Serina
10/16/10/11/12/11

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Telefone
(19) 3201-3143

15-Nome do titular do plano
FABIO DOS SANTOS MENEZES

16-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

17-Data Validade da Guia Principal
7946915

18-Sentença
AUTORIZADO

19-Data de Autorização
01/05/11/11/12/01

20-Plano
POS REDE PRESTADORA

21-Data de Emissão da Guia
01/08/11/10/11/12/01

22-Registro ANS
406414

13-Nome ELISANGELA DOS SANTOS PASCOAL	13/08/1981
--	------------

16-Endereço do Responsável pelo Tratamento N KAIO AZEDO LEITE	17-Nome do Profissional Solicitante KAIO AZEDO LEITE
---	---

21-Código de Operador / CNPJ / CPF 010111812121211	22-Nome do Contratado Executante KAIO AZEDO LEITE
---	--

26-Nome do Profissional Executante KAIO AZEDO LEITE	27-Número no CRO 4602
--	--------------------------

30-Tabela 1-010181210018159	31-Código do Procedimento EXODONTIA DE RAIZ
--------------------------------	--

32-Descrição RX PERIAPICAL	33-Dente/Raigão 25
-------------------------------	-----------------------

34-Faixa RPSE	35-Qtd 1
------------------	-------------

36-Quantidade US 1	37-Valor 173100
-----------------------	--------------------

38-Franchisa/Co-participação R\$ 01010101	39-Aut S
--	-------------

40-Data de Realização 21/11/11/11/2011	41-Motivo da Class 42-Assinatura Elisangela
---	--

42-Data 21/11/11/11/2011	43-Data 21/11/11/11/2011
-----------------------------	-----------------------------

44-Data 21/11/11/11/2011	45-Data 21/11/11/11/2011
-----------------------------	-----------------------------

46-Data 21/11/11/11/2011	47-Data 21/11/11/11/2011
-----------------------------	-----------------------------

48-Data 21/11/11/11/2011	49-Data 21/11/11/11/2011
-----------------------------	-----------------------------

50-Data 21/11/11/11/2011	51-Data 21/11/11/11/2011
-----------------------------	-----------------------------

52-Data 21/11/11/11/2011	53-Data 21/11/11/11/2011
-----------------------------	-----------------------------

54-Data 21/11/11/11/2011	55-Data 21/11/11/11/2011
-----------------------------	-----------------------------

56-Data 21/11/11/11/2011	57-Data 21/11/11/11/2011
-----------------------------	-----------------------------

Dr. Kaio Azevedo Leite
Cirurgião-Dentista
CRO - AM 4602

Dr. Kaio Azevedo Leite
Cirurgião-Dentista
CRO - AM 4602

Dr. Kaio Azevedo Leite
Cirurgião-Dentista
CRO - AM 4602

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(ram) 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

43-Data Previsto Término do Tratamento 21/11/11/11/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
--	--

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 81710101
---	------------------------------------

47-Valor Total R\$ 81710101	48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 01010101
--------------------------------	--