



Atendimento por 1 mês - R\$ 79,88

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

48.80

2-UF



797888
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/11 11:21	4-Data de Autorização 10/07/11 12:11	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9344540	7-Data Validade da Série 12/11/10 12:12
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 000202543551900000101	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 CLAUDIO NASCIMENTO DOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLAUDIO NASCIMENTO DOS SANTOS
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16931201610287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958
	19-UF BA
	20-Código CBO S 025 -
	24-UF BA
	25-Código CNES Faturar Empresa
	27-Número no CRO 8958
	28-UF BA
	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição	33-Dente/Rogão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Graia	42-Assinatura
30-Índice	31-Código do Procedimento											
1	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	161,00	0,00	0,00	0,00	10/09/11	11/11/11	CLAUDIO
2	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	161,00	0,00	0,00	0,00	10/09/11	11/11/11	CLAUDIO
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/11 11:21	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 112,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	-----------------------------	---

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Ana Luisa B. Fontes Cirurgiã Dentista CRO-BA 22290	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Ana Luisa B. Fontes Cirurgiã Dentista CRO-BA 22290	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Claudio Nascimento 10/09/11 11:21	53-Data, local e Contato da Empresa 10/09/11 11:21
---	---	---	---