



1-Registro AINS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/09/2016 4-Dia de Autorização 12/09/2016 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8209543 7-Dia Válido da Série 11/09/2016

456975
INTERCÂMBIO

8-Plano POS REDE PRESTADORA 9-Plano 08/03/2016 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Válido da Guia 11/09/2016 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ANA HELENI DE AMORIM PEREIRA 14-Teléfono () 9112151314 15-Nome do titular do plano ALINE COELHO DE AMORIM PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RT LUANA WALGER DE FARIA 17-Nome do Profissional Solicitante LUANA WALGER DE FARIA 18-Número no CRO 17756 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 04092818670 22-Nome do Contratado Exatante LUANA WALGER DE FARIA 23-Número no CRO 17756 24-UF BA 25-Código CNEC 26-Nome do Profissional Exatante LUANA WALGER DE FARIA 27-Número no CRO 17756 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-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	81000065			1	34,00	0,00			26/02/21		
2-0	0	84000090			1	72,00	0,00			26/02/21		
3-0	0	81000014			1	70,00	0,00			26/02/21		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		1176,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a autorização a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/09/2016 Luana Walger de Faria 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/09/2016 Luana Walger de Faria 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/09/2016 Luana Walger de Faria 53-Dia, local e Assinatura da Empresa 12/09/2016 Luana Walger de Faria

Dra. Luana Walger de Faria
Cirurgiã-Dentista Odontopediatra
CRO-BA: 17756

Luana Walger de Faria