



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1478567
INTERCÂMBIO

10/01/2013 para 02/2013

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/10/6/12/3	4-Data de Autorização 11/8/10/8/12/3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11296749	7-Data Validade da Senha 10/1/10/9/12/3
---------------------------	---	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02/5/5/7/1/0/3/3/0/0/0/0/1/0/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome PALOMA DE FÁTIMA OLIVEIRA SILVA	29/01/1989	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano PALOMA DE FÁTIMA OLIVEIRA SILVA
--	------------	------------------------------	--

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 / CPE 188485160001001001	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNE S 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- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- F. Ace	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Classe	42- Assinatura
1	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,00	0,00	11/8/02/23			
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,00	0,00	11/8/02/23			
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,00	0,00	11/8/02/23			
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,00	0,00	11/8/02/23			
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

7.º- Cargo : 1-Exatidão Clínica ou Radiográfica

11-1- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	11-2- Tipo de Atendimento 1- Total 2- Parcial	11-3- Total de Atendimento 1 1 4 4 1 0 1 0	11-4- Valor 10,00	11-5- Valor 10,00	11-6- 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 cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 18/10/2013	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 18/10/2013	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2013	53- Data, local e Assinatura da Empresa 18/10/2013
--	--	--	---