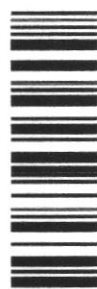


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



923096
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/06/10 03/12/21		4-Data de Autorização 12/06/10 03/12/21		5-Semeta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9727639		7-Data Validade da Semeta 12/04/10 06/12/21	
8-Número da Carteira 0002021545569100000010101											
9-Plano POS REDE PRESTADORA											
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA											
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11											
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome PATRICIA DA SILVA PEREIRA											
14-Telefone () -											
15-Nome do Titular do plano PATRICIA DA SILVA PEREIRA											
16-Atendimento a RN RODRIGO SOUZA MASCARENHAS											
17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS											
18-Número no CRO 8958											
19-UF BA											
20-Código CBO S 025 -											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16913112060287											
22-Nome do Contratado Excepcional RODRIGO SOUZA MASCARENHAS											
23-Número no CRO 8958											
24-UF BA											
25-Código CMES											
26-Nome do Profissional Excepcional RODRIGO SOUZA MASCARENHAS											
27-Número no CRO 8958											
28-UF BA											
29-Código CBO S											
30-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado											
31-Código do Procedimento 10085100196											
32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA											
33-Dente/Região 47 V 1											
34-Faixa 6100											
35-Quantidade US 0,00											
36-Valor 0,00											
37-Franchise/Co-participação R\$ 0,00											
38-Aut 0,00											
39-Data de Realização 12/06/10 03/12/21											
40-Motivo da Classe 41- Assinatura											
42-Data Validade da Semeta											
43-Data Validade da Semeta											
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial											
46-Total Quantidade US 161,00											
47-Valor Total R\$ 0,00											
48-Total Franchise / Co-participação R\$ 0,00											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/06/10 03/12/21 1537 Cirurgiã Dentista CRO-BA 14537											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/10 03/12/21 Cirurgiã Dentista CRO-BA 14537											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/10 03/12/21											
53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/06/10 03/12/21											

Declaro, que após ter sido devidamente acompanhado acerca das condições, riscos, custos e abrangência do tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, responsabilizando-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/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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

de Queiroz

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/06/10 03/12/21 1537 Cirurgiã Dentista CRO-BA 14537

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/06/10 03/12/21 Cirurgiã Dentista CRO-BA 14537

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/06/10 03/12/21

53-Data, local e Assinatura da Empresa
12/06/10 03/12/21

Dra. Letícia Mineiro Oliveira
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA 23437