



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-No

391542
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/11 01/2 01	4-Data de Autorização 10/3/11 11/2 01	S-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7940810	7-Data Validade da Senha 10/5/10 11/2 11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

13-Nome LORENA CAROLINA DOS SANTOS PEREIRA		14-Telefone () - - - -		15-Nome do titular do plano LORENA CAROLINA DOS SANTOS PEREIRA	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		11-Data Validade da Carteira / /		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
9-Plano POS REDE PRESTADORA		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 4 6 2 1 0 0 0 0 1 0 1		7-Data de Emissão / /	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA		18-Número no CRO	9574	19-UF	BA	20-Código CBO 5
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado / Executante		23-Número no CRO	9574	24-UF	BA	25-Código CNES	
0 1 1 7 4 1 4 7 5 2 1 5 0 8		CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA							
26-Nome do Profissional Executante		CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA		27-Número no CRO	9574	28-UF	BA	29-Código CBO 5	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento	03/11/2020	44-Tipo de Atendimento	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otorrinolaringologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	1 2 2 0 0	47-Valor Total R\$	0 1 0 0	48-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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário	53-Data, local e Contrinbo da Empresa
03/11/2008 Dra. Aline Monteiro	03/11/2008	03/11/2008	

Cirurgiã - Dentista
CRO BA: 19222