



ANNO'S FLOW CARD OF SUPPLY

417078
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 1 1 1 1 1 1 2 0 1		4-Data de Autorização 1 1 2 1 1 1 1 2 0 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8044848		7-Data Validade da Senha 0 9 / 0 1 2 / 1 2 1	
Dados do Beneficiário						Dados do Titular do Plano					
8-Número da Carteira 1 0 0 2 1 0 2 5 3 2 7 3 8 6 0 0 0 1 0 4						9-Plano POS REDE PRESTADORA					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde						11-Data Validade da Carteira _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _					
13-Nome CREFILTON PAULINO DOS SANTOS						10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
15-Nome do titular do plano ELISANGELA NASCIMENTO PINTO SANTOS						14-Telefone (_ _ _) _ _ _ _ - _ _ _ _					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA	18-Número no CRO 17752	19-UF BA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1061632359152311		22-Nome do Contratado Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA	24-UF BA
26-Nome do Profissional Executante THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA		27-Número no CRO 17752	28-UF BA
		25-Código CNES	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														
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-Data de Realização				
1-0	0	8	2	0	0	8	5	9						
EXODONTIA DE RAIZ														
2-														
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total 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, para a realização do tratamento, e autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, o valor do tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/12/11 11/12/11	11/12/11 11/12/11	11/12/11 11/12/11	11/12/11 11/12/11

49-Observação

referentes ao atendimento realizado, comprometendo-me a atualizá-lo com os dados necessários.

Dra. Thhayata Dayatt
Cirurgiã - Dentista
17752
CRO-BA