



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/2011	4-Data de Autorização 10/04/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8258581	7-Data Validade da Guia 10/03/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

467644
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 100202535146800000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ATNANO ADRIANO GOMES DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIANA DOS SANTOS GOMES
--	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 16305	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10619417523	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 16305	28-UF BA	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	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0	0	8	3	0	0	0	8	9				
		EXODONTIA SIMPLES DE	74		1	7	3	0	0			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

33.728.651/0001-51

Consultório Odontológico Império Sôrso

Av. Dorival Caymmi, 14193
Itapubá, CEP: 41635-150

Ed. Walter Negreiros, Sala 110
Salvador - BA

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), 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dat. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2011	51-Dat. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011	52-Dat. local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2011 Adriana	53-Dat. local e Carimbo da Empresa 12/11/2011 SSV
--	--	--	--