



1896974
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 15/12/4 4-Data de Autorização 17/1/06 1/2/4 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 12531226 7-Data Validade da Guia 12/3/10 18/12/4

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 511421720000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA LAURA SANTOS SCHRAMM 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano MARIA LAURA SANTOS SCHRAMM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a FN 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 10/8/84851610011010 22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA 23-Número no CRO 8958 24-UF BA 25-Código CNES 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- Qnt	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1- 0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00			12/05/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43- Nome do Paciente	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$							
12/05/2010	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	1144,00	10,00								

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 12/05/2010 Dto. Ana Caroline Vaz 51- Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/2010 Dto. Ana Caroline Vaz 52- Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/2010 Sr. Laura S. Schramm 53- Data Local e Carimbo da Empresa 12/05/2010

CRO-BA 24085

Cirurgião-Dentista

CRO-BA 24085