



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/0151/231 4-Data de Autorização 11/01/0161/231 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11203883 7-Data Validade da Guia 10/08/0181/231

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002021536480191000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/01/01/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ISRAEL GOMES NASCIMENTO 15-Nome do titular do plano ISRAEL GOMES NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 18-Número no CRO 8958 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18181485116001010101 22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME 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-Dentif/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	611001	010101			15/06/03		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												
17-												
18-												
19-												
20-												
21-												
22-												
23-												
24-												
25-												
26-												
27-												
28-												
29-												
30-												
31-												
32-												
33-												
34-												
35-												
36-												
37-												
38-												
39-												
40-												
41-												
42-												
43-												
44-												
45-												
46-												
47-												
48-												
49-												
50-												
51-												
52-												
53-												
54-												
55-												
56-												
57-												
58-												
59-												
60-												
61-												
62-												
63-												
64-												
65-												
66-												
67-												
68-												
69-												
70-												
71-												
72-												
73-												
74-												
75-												
76-												
77-												
78-												
79-												
80-												
81-												
82-												
83-												
84-												
85-												
86-												
87-												
88-												
89-												
90-												
91-												
92-												
93-												
94-												
95-												
96-												
97-												
98-												
99-												
100-												

43-Data Previsível de Entrega do Tratamento 15/06/03 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiográfico 3-Ortopedia 4-Ortopedia Funcional 45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 611010 47-Valor Total R\$ 101010 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 no contrato. Declaro, ainda que este procedimento(s) descrito(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.

Assinaturas

49-Observações
 50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento: 15/06/03 Prof. Alexandre Vaz CRO-BA 24085
 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário: 15/06/03 Prof. Alexandre Vaz CRO-BA 24085
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário: 15/06/03
 53-Data, local e Campo da Empresa: 15/06/03