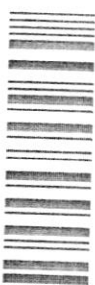




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



944928
INTERCÂMBIO

1-Registre ANS 406414	2-Data de Emissão na Guia 13/10/14 12 21	3-Data de Autorização 11/8/10/14 12 21	4-Será AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 9795606	6-Data Válida da Guia 11/2/10/17 12 21
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	---

8-Número do Contrato 00020254698060000101021	9-Frango POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Guia 11/11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
---	---------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---

13-Nome CAIQUE MOREIRA SILVA	21-Data Válida da Guia 21/03/2003	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LETICIA DE BRITO MOREIRA
---------------------------------	--------------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RV N	17-Atendimento a RV RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código do Operador / CNP / CPF 161913121060287111	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES Enviar - RX (0) 85100200
---	---	--------------------------	-------------	---

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- Fone	35- Qtde	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-0	01851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	161,00	16,10	0,00	18/04/14	21		caique
2-0	01851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	161,00	16,10	0,00	18/04/14	22		caique
3-0	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	181,00	18,10	0,00	18/04/14	23		caique
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43- Data Prevista Término do Tratamento	44- Tipo de Alendramento	45- Tipo de Fraturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- total Franquia / Co-participação R\$
18/04/14	☐ 1- Tratamento Ocorreu/Algo 2- Exame Radiológico 3- Ortognatia 4- Urgência/Emergência	☐ 1- Total 2- Parcial	1210,00	0,00	

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/04/14	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1210,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11
--	---	--	-----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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

Dr.ª Vanessa N. Santos
Cirurgiã Dentista
CRO-BA: 23026