

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 4-Data de Autorização 10/09/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8280925 7-Data Validade da Senha 11/01/10 8-Data Validade da Guia 11/01/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012012535114680010101013 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ATANIO ADRIANO GOMES DA SILVA 14-Teléfono 06/04/2011 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 06619417523 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-Índice	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 Glosa	42-Assinatura
1-00	851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	161,00	0,00			11/01/10		Adriana
2-00	830000819	EXODONTIA SIMPLES DE	54	1	1	173,00	0,00			11/01/10		Adriana
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1134,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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.

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

33.728.651/0004-51

Consultório Odontológico Império Sorriso
Av. Botival Caymmi, 14193
Itapua, CEP: 41635-150
Ed. Walter Negreiros, Sala 110
Salvador - BA

472752
INTERCÂMBIO