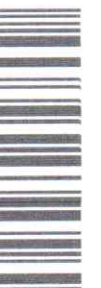




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2411



1-Registro ANS
406414

3-Código de Emissão da Guia
2131021211

4-Código de Autorização
2510121211

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8319799

7-Data Vencimento da Sentença
12/4/15/12/11

482651
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Idade em Anos e Mês
10/02/02/513/512/40/00/00/01/01/11

9-Fluxo
POS REDE PRESTADORA

10-Endereço
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Vencimento da Guia
11/11/11

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

GILVAN OLIVEIRA PORTO

12/04/1992

14-Endereço
9,836,011,84

15-Nome do titular do plano
GILVAN OLIVEIRA PORTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atividade de A/RN
THIAGO MALBAR MOSCON

17-Nome do Contratado Responsável
THIAGO MALBAR MOSCON

18-Número na CRO
8005

19-UF
BA

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Grupo de Dependência CBO S

22-Grupo de Dependência CBO S
08121716118151713181111

23-Nome do Contratado Responsável
THIAGO MALBAR MOSCON

24-Número na CRO
8005

25-UF
BA

26-Código CBO S

27-Nome do Profissional Exatante

THIAGO MALBAR MOSCON

28-Número na CRO
8005

29-UF
BA

30-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Odontológicos

30-Tratamento	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data Realizado	34-Preço	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Data	40-Data de Realização	41-Valor da Guia	42-Assinatura
1-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	11	1010	101010	01101010	0110101010	0110101010	0110101010	0110101010
2-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	11	1010	101010	01101010	0110101010	0110101010	0110101010	0110101010
3-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA										
4-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA										
5-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA										
6-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA										
7-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA										
8-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA										
9-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-0	018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Prescrição Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Valor Total R\$

Declaração: que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução de 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), integram o(s) documento(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.

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Assinatura do Beneficiário / Responsável

Assinatura do Beneficiário / Responsável

Assinatura do Beneficiário / Responsável

Assinatura do Beneficiário / Responsável

Assinatura do Beneficiário / Responsável

Assinatura do Beneficiário / Responsável