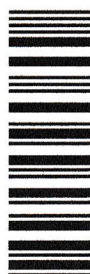


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



462805
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 12/06/2011		4-Data de Autorização 12/06/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8237620		7-Data Validade da Senha 12/06/2014	
Dados do Beneficiário											
8-Aluno da Carreira 000202534901900000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
11-Data Validade da Carreira 12/06/2014											
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome DEVISSON CORREIA SANTOS											
14-Telefone () - - - - -											
15-Nome do Titular do plano DEVISSON CORREIA SANTOS											
16-Atendimento a RV N											
17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA											
18-Número no CRO 16305											
19-UF BA											
20-Código CRO S 025 -											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 066191417523											
22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA											
23-Número no CRO 16305											
24-UF BA											
25-Código CHES (1) 85100218											
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA											
27-Número no CRO 16305											
28-UF BA											
29-Código CRO S											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Régio		34-Faço		35-Cid	
1-00082000859				EXODONTIA DE RAIZ		25		1		173000	
2-00085100218				RESTAURAÇÃO RESINA		24 MOD		1		122000	
3-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA		38 O		1		61000	
4-										0000	
5-										0000	
6-										0000	
7-										0000	
8-										0000	
9-										0000	
10-										0000	
11-										0000	
12-										0000	
13-										0000	
14-										0000	
15-										0000	
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Co-participação R\$	
1/1/11		1-Tratamento Odontológico		1-Total		256,00		R\$ 33.728,65		R\$ 0,00	

R\$ 33.728,65 1000451

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

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 11/01/2011	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 11/01/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2011 Devisson
53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2011 SSA		