

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1916593
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/08/1999 4-Data de Autorização 13/08/1999 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 12595836 7-Data Validade da Sentença 13/08/1999 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 0101020125111501143010101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 13/08/1999 15-Nome do titular do plano KARIELLE SANTANA DOS SANTOS

13-Nome KARIELLE SANTANA DOS SANTOS 14-Telefone 13/08/1999 16-Número no CRO 8958 19-UF BA 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a FN N 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12080128040101111 22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA 26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 27-Número no CRO 8958 28-UF BA 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	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	010810000571	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		34,10	0,10					Silvia Ribeiro
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data, Paysebo / Término do Tratamento 13/08/1999 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 134,10 47-Valor Total R\$ 10,10 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, compreendendo-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Necessária fazer na cidade de São Paulo, foi feito acesso pessoal e em casa

50-Diretor e Assinatura do Conselho Dentista Solicitante 13/08/1999 51-Diretor e Assinatura do Conselho Dentista Cirurgião-Dentista CRO-BA 24085 52-Diretor e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/1999 53-Diretor e Assinatura do Campo da Empresa 13/08/1999

Diretor e Assinatura do Conselho Dentista Cirurgião-Dentista CRO-BA 24085