



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/11 11/24	4-Data de Autorização 10/06/11 11/24	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13179681	7-Data Validade da Sentença 10/04/10 12/12/15
--------------------------	---	---	--------------------------	--	--

2095281
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202554786900000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11
--

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LUCIANO DAMACENO DA LUZ

17/10/1968

14-Telefone (11) 11111111

15-Nome do titular do plano LUCIANO DAMACENO DA LUZ
--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLOIRP
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10884851600010101010	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA
---	--

23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290
--------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Faturar Empresa

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 Guia	42-Assinatura
1-00	851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/11	06/11/11	24
2-00	851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/11	06/11/11	24
3-00	851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/11	06/11/11	24
4-00	851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/11	06/11/11	24
5-00	851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/11	06/11/11	24
6-00	851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	11/11/11	06/11/11	24
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 06/11/11	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 366,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/11/11 DR. Rodrigo Souza Mascarenhas Cirurgião Dentista CRO-BA-6958	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/11 Dra. Jaqueline Santos Cirurgiã Dentista CRO-BA-29697	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/11 Luciano Damaceno da Luz	53-Data, local e Cuidado da Empresa 06/11/11
---	---	---	---