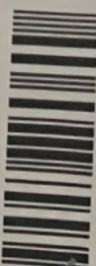


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



463759
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/2014		4-Data de Autorização 28/11/2014		5-Será Autorizado AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8241743		7-Data Validade da Guia 12/11/2014		24x																	
8-Nome do Paciente KAIO LUCAS SILVA SOUZA		9-Fluxo POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 12/11/2014		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																					
13-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 23/11/2014		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano CAMILA SANTOS SILVA		16-Endereço Faturar Empresa																							
17-Nome do Profissional Solicitante LEIDYANE SILVA MORAES CUPERTINO		18-Número no CRO 16992		19-UF BA		20-Código CBO S 025 -																							
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 0412447816503		22-Nome do Contratado Executante LEIDYANE SILVA MORAES CUPERTINO		23-Número no CRO 16992		24-UF BA		25-Código CNES Faturar Empresa																					
26-Nome do Profissional Executante LEIDYANE SILVA MORAES CUPERTINO		27-Número no CRO 16992		28-UF BA		29-Código CBO S																							
30-Tabela																													
31-Código do Procedimento				32-Descrição				33-Dente Região				34-Faixa		35-Cat		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Cota de Realização		41-Motivo da Guia		42-Assinatura	
1-01083000089				EXODONTIA SIMPLES DE				54				1				731010		0010		12510101121									
2-11111111111																													
3-11111111111																													
4-11111111111																													
5-11111111111																													
6-11111111111																													
7-11111111111																													
8-11111111111																													
9-11111111111																													
10-11111111111																													
11-11111111111																													
12-11111111111																													
13-11111111111																													
14-11111111111																													
15-11111111111																													
43-Data Prevista Término do Tratamento 28/01/2015		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência		45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1731010		47-Valor Total R\$ 01010		48-Total Franquia / Co-participação R\$																			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente

Mais Sorrindo

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
28/11/2014

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
28/11/2014

52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
28/11/2014

53-Data local e Assinatura do Profissional Responsável
28/11/2014