



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/01 4-Data de Autorização 12/01/01 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8212678 7-Data Validade da Santa 12/01/04 8-Data Validade da Santa 12/01/04 9-Data Validade da Santa 12/01/04

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202533966600000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAQUEL DE JESUS COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 16305 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 106619417523 22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 16305 24-UF BA 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 16305 28-UF BA 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa Assinatura
1-0	085102010	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	12/01/01	RAQUEL DE JESUS COSTA
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento	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	88,00	0,00	47-Valor Total R\$	Ed. Walter Negreiros, Sala 110	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, 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-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/01 51-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/01 52-Diga, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/01 RAQUEL DE JESUS COSTA 53-Diga, local e Assinatura da Empresa 12/01/01 SSA