



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2411



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 12/12/11	4-Data de Autorização 12/14/10 12/12/11	5-Sentia AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8315486	7-Data Validade da Sentia 12/13/10 15/12/11	481662 INTERCAMBIO
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 1010121021513151137210101010111011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Numero de Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome CLEICIMAR DE JESUS SENA	25/11/2002	14-Telefone (73) 980716893	15-Nome de Usário do Plano CLEICIMAR DE JESUS SENA
------------------------------------	------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante THIAGO MALBAR MOSCON	18-Nome no CNO 8005	19-LUF BA	20-Código CBO S 025 -
21-Código no Operador / Cnpj / Cpf 1018127161181571318	22-Nome do Contratado Exercente THIAGO MALBAR MOSCON	23-Numero no CRO 8005	24-LUF BA	25-Código CHES Enviar - RX (UF) 85200155-26
26-Nome do Profissional Exercente THIAGO MALBAR MOSCON	27-Numero no CRO 8005	28-LUF BA	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data de Registo	34-Faixa	35-Ciut	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Participação R\$	39-Ativ	40-Data de Realização	41-Valor da Classe	42-Assinatura
1-10	1018152101011518	TRATAMENTO ENDODONTICO	26	1	1	1513131010	1010101	1010101	1010101	24/02/2011	481662	Interchange
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Fim do Tratamento 24/02/11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Escaneamento 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantia US 1513131010	47-Valor Total R\$ 1010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010101
---------------------------------------	--	--	-----------------------------------	-------------------------------	--

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), foi(ram) 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, conforme previsto em contrato.

Assinatura

1-Data, local e Assinatura do Contratado Beneficiário 24/11/02/11 [Assinatura]	2-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 24/11/02/11 [Assinatura]	3-Data, local e Assinatura do Beneficiário 24/11/02/11 [Assinatura]	4-Data, local e Assinatura da Empresa 24/11/02/11 [Assinatura]
---	---	--	---