



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 08/11/2010 4-Dia de Autorização 09/11/2010 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8127562 7-Dia Validade da Semeta 08/03/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533345100001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CLARA LIZ SOUZA STEC 16/07/2005 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano ADRIANA SOUZA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 / CPF 06619417523 22-Nome do Contratado Exatante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 16305 24-UF BA 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exatante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 16305 28-UF BA 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Realização	42-Assinatura
1-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/21		Shela
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/21		Shela
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/21		Shela
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	01/21		Shela
5-00	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	01/21		Shela
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Previsto 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 174,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/2011 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2011 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2011 53-Dia, local e Caminho da Empresa 29/10/2011 SSA

33.728.651/0001-51
Consultório Odontológico Império Sorriso
Av. Dorival Caymmi, 14193
Itapúa, CEP: 41635-150
Ed. Walter Negreiros, Sala 110
Salvador - BA.