



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ANº



840777
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	4-Data de Autorização 11/01/2012	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9470741	7-Data Validade da Semeta 11/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202544810700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome PATRICIA FERNANDES DE SOUSA DE OLIVEIRA	25/09/1979	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano PATRICIA FERNANDES DE SOUSA DE OLIVEIRA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CRO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 693120610287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES Faturar Empresa

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Oid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frequência/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guos	42- Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00			11/01/2012		
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	61,00	0,00			11/01/2012		
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 Previsto Término do Tratamento 11/01/2012	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urológica/Energetica	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 1122,00	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Frequência / 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) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 <i>Mosiana Crisoto</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2012 <i>Mosiana Crisoto</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012 <i>Patricia Fernandes de Souza de Oliveira</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2012
--	--	--	---

Mosiana Crisoto
Cirurgiã - Dentista
CRO-BA 21.398

Mosiana Crisoto
Cirurgiã - Dentista
CRO-BA 21.398