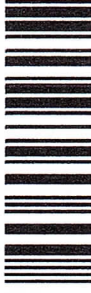




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

João I et



2-Nº

467325
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/02/2012	4-Data de Autorização 03/02/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8257135	7-Data Validade da Senha 03/05/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 000202534848300000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	13-Nome ANDREA CUNHA DA SILVA	14-Telefone	15-Nome do titular do plano ANDREA CUNHA DA SILVA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA	18-Número no CRO 24111	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1885715160672	
22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA						
23-Número no CRO 24111						
24-UF RJ						
25-Código CNES						
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA						
27-Número no CRO 24111						
28-UF RJ						
29-Código CBO S						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	ID	1	1	888000
2-0001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1	1	888000
3-0001851100200						
4-0001851100200						
5-0001851100200						
6-0001851100200						
7-0001851100200						
8-0001851100200						
9-0001851100200						
10-0001851100200						
11-0001851100200						
12-0001851100200						
13-0001851100200						
14-0001851100200						
15-0001851100200						
43-Data Previsão Término do Tratamento 03/03/2012						
44-Tipo de Alimento 1-1-Total 2-Parcial						
45-Tipo de Alimento 1-1-Total 2-Parcial						
46-Valor Total R\$ 1176,00						
47-Valor Total R\$ 1176,00						
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1176,00						

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 pagar os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. José Eduardo Rocha Pereira
Cirurgião - Dentista
03/02/2012

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
03/02/2012 José Eduardo Rocha Pereira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
03/02/2012 José Eduardo Rocha Pereira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/02/2012 ANDREA CUNHA DA SILVA