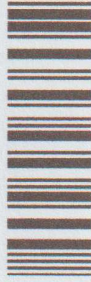




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



841446
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	4-Data de Autorização 11/01/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9472929	7-Data Validade da Seria 11/01/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025496750000101	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 ZENILDA ALVES VALE					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano ZENILDA ALVES VALE					
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LIVIANNY DE SOUSA BARBOSA CUNHA	18-Número no CRO 7372	19-UF AM	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0095990534011	22-Nome do Contratado Executante LIVIANNY DE SOUSA BARBOSA CUNHA	23-Número no CRO 7372	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LIVIANNY DE SOUSA BARBOSA CUNHA	27-Número no CRO 7372	28-UF AM	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-000181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1
2-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1
3-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1
4-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1
5-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012 Dr. Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2012 Dr. Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
LIVIANNY DE SOUSA BARBOSA CUNHA			
ZENILDA ALVES VALE			