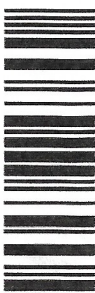


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



433756
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/13/11 4-Data de Autorização 10/19/11 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8114640 7-Data Validade da Sentia 10/13/10 12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10101210121513131813161110101010111011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ARNALDO ADRIANO CHAVES MORAIS 12/03/1969 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano ARNALDO ADRIANO CHAVES MORAIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ALLAN DE LIMA LOPES 18-Número no CRO 14878 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101218143111119178 22-Nome do Contratado Executante ALLAN DE LIMA LOPES 23-Número no CRO 14878 24-UF SC 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALLAN DE LIMA LOPES 27-Número no CRO 14878 28-UF SC 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clica	42-Resistência
1-1010	185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6,11,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
2-1010	185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6,11,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
3-1010	185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6,11,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
4-1010	185110021010	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	8,18,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
5-1010	185110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6,11,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
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 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Crocêntia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 131321010 47-Valor Total R\$ 10,10,10 48-Tal 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, compreendendo-o a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Allan de Lima Lopes

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/13/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/13/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/13/11 53-Data, local e Assinatura da Empresa / Instituição Dentária 10/13/11 14878 SC