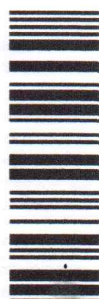


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



343228
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10/7/12/0	4-Data de Autorização 12/8/10/7/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7723242	7-Data Validade de Soma 12/0/1/10/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/3/0/6/8/7/0/0/0/0/1/0/3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome MARIA FERNANDA DA COSTA ALVES	06/03/2014	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RAFAELA SANTOS DA COSTA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	-------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código CNES
--	---	-------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563	28-UF AP	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 de Guia	42-Assinatura
1-0	0	8400090			1	72,00	0,00			5/28/07/20		
2-		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR										
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data 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 72,00	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.

48-Observação

50-Carteira e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / / / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / / / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / / / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / /
---	--	--	--

Rafaela Santos da Costa

