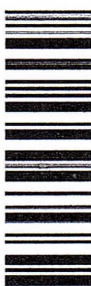




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão do Guia 12/11/12	4-Data de Autorização 12/11/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 3161871	7-Data Validade da Senha 12/11/13
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

445085
INTERCÂMBIO

8-Dados do Beneficiário 00020253416540000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ELIANCA DA COSTA LIMA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano BIANCA DA COSTA LIMA
----------------------------------	-------------------------------	---

16-Atendimento a RN CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINHO MAIS DE NITEROI	18-Número no CRO 27786	19-UF RJ	20-Código CBO S 06	21-Data Validade da Carteira 12/11/13
---	---------------------------	-------------	-----------------------	--

22-Código na Operadora / CNPJ / C.P.F. 0109041917260171	23-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento KELLY DE SOUZA ABREU	24-UF RJ	25-Código CUES 025 - Faturar Empresa
--	---	-------------	---

26-Nome do Profissional Exercente KELLY DE SOUZA ABREU	27-Número no CRO 27786	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Prc codimônios Solicitados

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Dica	42-Assinatura
1-00	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00			12/11/12		
2-00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			12/11/12		
3-00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			12/11/12		
4-00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			12/11/12		
5-00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			12/11/12		
6-00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			12/11/12		
7-00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			12/11/12		
8-00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			12/11/12		
9-00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			12/11/12		
10-00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			12/11/12		
11-00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			12/11/12		
12-00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			12/11/12		
13-00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			12/11/12		
14-00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			12/11/12		
15-00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			12/11/12		

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/11/12	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 117,80	47-Valor Total RS 10,00	48-Total Franquia / Co-participação RS
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dado, local e Assinatura do Contratado Solicitante KELLY DE SOUZA ABREU	51-Dado, local e Assinatura do Oficiante-Dentista KELLY DE SOUZA ABREU	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável ELIANCA DA COSTA LIMA	53-Dado, local e Assinatura da Empresa RINDO MAIS DE NITEROI - RJ RINDO MAIS DE NITEROI - RJ
---	---	--	---

Visconde do Rio Branco, 301 apto 0104
Centro - Niterói - RJ
Tel: 711-6743