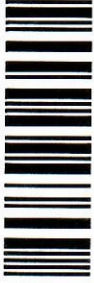


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/01/2012	4-Data de Autorização 19/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8108462	7-Data Validade da Senha 02/03/2012	432166 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 002025328496000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MANOELLA CARDOSO RAMOS	14-Telefone 22/10/2010	15-Nome do titular do plano SONIA FERNANDA CARDOSO RAMOS
-----------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	25-Código CNES SC	26-Número no CRO 8307	27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	----------------------	--------------------------	--------------------------	-------------	-----------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04181248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS
--	---

26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabola	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 Guia 42-Assinatura
1-00081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00				19/01/2012	x fabrico
2-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00				19/01/2012	x fabrico
3-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00				19/01/2012	x fabrico
4-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00				19/01/2012	x fabrico
5-00081000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00				19/01/2012	x fabrico
6-00081000375											
7-00081000375											
8-00081000375											
9-00081000375											
10-00081000375											
11-00081000375											
12-00081000375											
13-00081000375											
14-00081000375											
15-00081000375											

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 134,00	47-Total Total R\$ 134,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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 realizado(s), foram realizados com meu consentimento e forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assinou esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/2012 x fabrico ramos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/01/2012
---	---	---	---