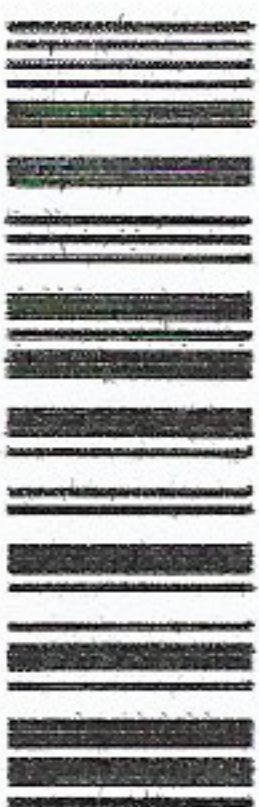




Identificação para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



421948
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/8/11 11/2/10 4-Data de Autenticação 11/9/11 11/2/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8065557 7-Data Validade da Série 11/6/10 2/1/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210215131375101010101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

AURORA MARIA ARAUJO

29/01/1986

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

AURORA MARIA ARAUJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE

18-Número no CRO 8301

19-UF ES

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

11676815367770

22-Nome do Contratado Executante

PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE

23-Número no CRO

8301

24-UF ES

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE

27-Número no CRO

8301

28-UF ES

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taxa	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Cala de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	M	1	161,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	11/9/NOV 2011
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
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 11/9/NOV 2011 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 161,10 47-Valor Total R\$ 10,10 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-Cabeçalho

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/9/NOV 2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/9/NOV 2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

11/9/NOV 2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa