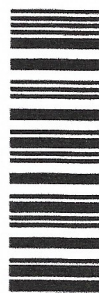


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/8/2011/211	4-Data de Autorização 12/9/2011/211	5-Seria AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8245814	7-Data Validade da Seria 12/8/2014/211
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

464646
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10101210121510171811191010131741910121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome RICARDO JOSE LEITE PENTEADO	14-Telefone 26/02/1964	15-Nome do titular do plano SIMONE DOS SANTOS GUADAGNINO PENTEADO
--	---------------------------	--

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 10121814311119171811	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		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fregio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glor	42-Assinatura
1-10	018510021010	RESTAURAÇÃO RESINA	37	MO	1	18181010	101010	101010	101010	101010	101010	101010
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 21/10/2011	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 de US 18181010	47-Valor Total R\$ 101010	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 alocar 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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2011	53-Data, local e Contato da Empresa 21/10/2011
---	---	---	---

Dr. Allan de Lima Lopes

Cirurgião Dentista
CRQ 14.878 SC