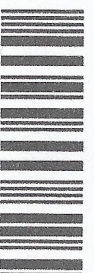


life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



523361
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2011	4-Data de Autorização 15/04/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8482832	7-Data Validade da Senha 13/07/2011
8-Número da Carteira 0002025338272000000103			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/04/2011
13-Nome ERICK NICOLAS RIBEIRO GALVAO			28/07/2007	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano EDILVANIA ALVES RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Aprendimento a Rm N	17-Nome do Profissional Solicitante DJAMARA RIOS SANTOS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 004632748650	22-Nome do Contratado Executante DJAMARA RIOS SANTOS
26-Nome do Profissional Executante DJAMARA RIOS SANTOS	27-Número no CRO 84656
28-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	29-Código CRO S 84656
18-Número no CRO 84656	19-UF SP
23-Número no CRO 84656	24-UF SP
25-Código CIES	26-Código CRO S
Faturar Empresa	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Ranho	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/04/2011		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-1												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista 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												
34,00												
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) 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 11/04/2011 ERICK GALVAO	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/04/2011 ERICK GALVAO	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/04/2011 EDILVANIA ALVES RIBEIRO	53-Data, local e Carimbo da Empresa Drª Djamara Rios Santos
--	--	---	--

CROSP - 84656