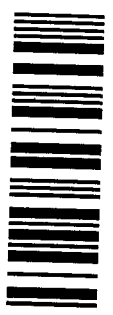


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



401897
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 10:20		4-Data de Autorização 11/11/11		5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO		6-Número da Guia Principal 7983090		7-Data Validade da Senha 12/10/11 12:11	
8-Número da Carteira 100020025281211000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ELAINE BARBOSA DE SOUZA		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULY ANNE MENDONCA DA SILVA		18-Número no CRO 45407		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10903582776		22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONCA DA SILVA		23-Número no CRO 45407		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONCA DA SILVA		27-Número no CRO 45407		28-UF RJ		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30- Tabela											
31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Beneficiário		34-Face		35-Ciód		36-Quantidade US	
1-0008510196		RESTAURAÇÃO RESINA		38		0		1		610000000000	
2-0008510196		RESTAURAÇÃO RESINA		46		0		1		610000000000	
3-0008510196		RESTAURAÇÃO RESINA		47		0		1		610000000000	
4-0000000000											
5-0000000000											
6-0000000000											
7-0000000000											
8-0000000000											
9-0000000000											
10-0000000000											
11-0000000000											
12-0000000000											
13-0000000000											
14-0000000000											
15-0000000000											
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		47-Valor Total R\$		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 no 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 11/11/11 10:10 P. J. Barbosa de Souza											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 10:10 P. J. Barbosa de Souza											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/10 10:10 P. Elaine B. Souza											
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/10 10:10 P. July Anne Mendonca da Silva Cirurgião-Dentista CRO 45407											