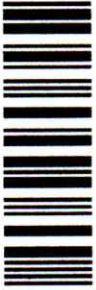


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

pa lanchon



2-º

425648
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/11 11/12/10	4-Data de Autorização 12/06/11 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8081115	7-Data Validade da Senha 12/11/02 11/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CELIA AMARO DA COSTA		14-Telefone (011) 912584-112632	15-Nome do titular do plano TIAGO AMARO DA ROCHA

16-Atendimento a RN DENTCLINIC	17-Nome do Profissional Solicitante DENTCLINIC	18-Número no CRO 29605	19-UF RJ	20-Código CBO S 03	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12171618516110884	22-Nome do Contratado Executante CLARISSA DE SOUZA NETO	23-Número no CRO 29605	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante CLARISSA DE SOUZA NETO	27-Número no CRO 29605	28-UF RJ	29-Código CBO S
-----------------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										33-Quantidade US	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura							
1-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																		
6-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																		
7-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																		
8-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																		
9-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																		
10-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																		
11-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																		
12-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																		
13-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																		
14-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																		
15-01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																		

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 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 12/06/11 11/12/10 Cláudio Sulp	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/11 11/12/10 Cláudio Sulp	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/11 11/12/10 RJ	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/06/11 11/12/10 RJ
---	---	---	--

4 cláudio amaro da costa

Dr. Cláudio Neto
Cirurgião Dentista
CRO RJ 29.605