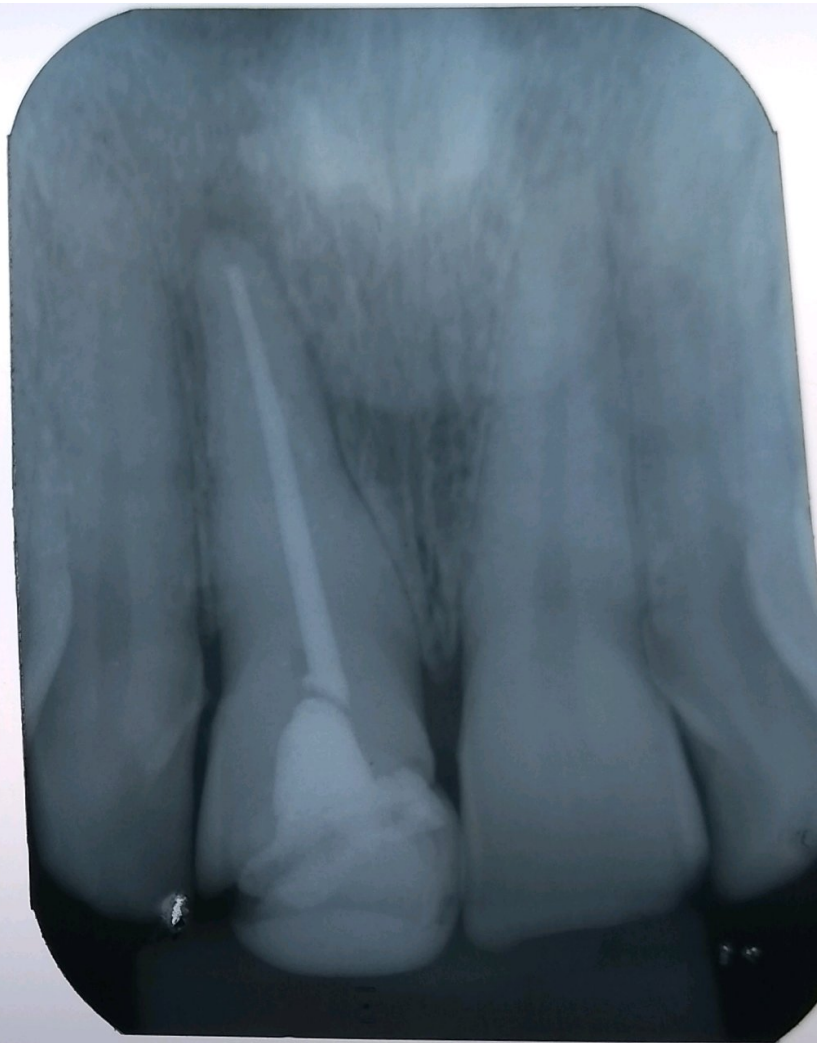
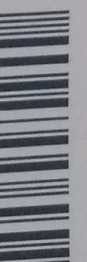




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



505595
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2013	4-Data de Autorização 12/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8410955	7-Data Validação da Senha 12/10/2013
8-Número da Carteira 010120215354310000000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome FELIPE ALVES DOS SANTOS			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
14-Telefone () - - - - -			11-Data Validade da Carteira / /		
15-Data Validade do Plano 12/08/1987			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
16-Atendimento a RN DOMENICO ANTONIO DONINNA RODRIGUES					
17-Atendimento a RN DOMENICO ANTONIO DONINNA RODRIGUES		18-Número no CRO 138189		19-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27074892807		22-Nome do Contratado Excludente DOMENICO ANTONIO DONINNA RODRIGUES		20-Código CBO S 025 -	
26-Nome do Profissional Excludente DOMENICO ANTONIO DONINNA RODRIGUES		23-Número no CRO 138189		24-UF SP	
		27-Número no CRO 138189		25-Código CNES (IF) 85200166-21	
				29-Código CBO S SP	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	0852010166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21	1	1	258,00	0,00	500,00		12/10/2013		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/2013	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 258,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 previsto 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
12/10/2013
Dra. Beatriz Xavier
Cirurgiã - Dentista
CROSP 137.202

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/10/2013
Dra. Beatriz Xavier
Cirurgiã - Dentista
CROSP 137.202

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/2013
DOM DENTES
CNPJ: 11.197.085/0001-66

CLÍNICA ODONTOLÓGICA