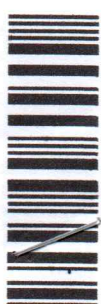


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 4068414 3-Data de Emissão da Guia 02/07/2010 4-Data de Autorização 09/10/2010 5-Semha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7678233 7-Data Validade da Semha 13/01/09/12/10

333169
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 010202528895300000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MAGDIEL DE JESUS MARQUES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MAGDIEL DE JESUS MARQUES 28/08/1993

16-Aliamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 938914813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/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
1-010	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00		S	09/04/20		Magdriel
2-010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	16,00	0,00		S	09/07/20		Magdriel
3-010	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	173,00	0,00		S	09/07/20		Magdriel
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 44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 222,00 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) 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 09/10/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Magdriel de Jesus Marques