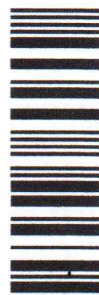




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



337196
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/07/12/01	4-Data de Autorização 11/31/07/12/01	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7686017	7-Data Validade da Série 10/8/11/01/2/01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021012530361071000101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JOELSON MORAES MARTINS	13/04/1996	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOELSON MORAES MARTINS
-----------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 91318948131253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563	28-UF AP	29-Código CBO S	30-Faturar Empresa 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	-------------------------	-------------	-----------------	---	---	-------------------------	-------------	----------------	---	-------------------------	-------------	-----------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-10	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	6,1,0,0	0,0,0,0		13	07/11		Joelson
2-10	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	6,1,0,0	0,0,0,0		13	07/11		Joelson
3-10	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	6,1,0,0	0,0,0,0		13	07/11		Joelson
4-10	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6,1,0,0	0,0,0,0		13	07/11		Joelson
5-11												
6-11												
7-11												
8-11												
9-11												
10-11												
11-11												
12-11												
13-11												
14-11												
15-11												
43-Data Previsão 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e assinatura do Profissional Dentista Solicitante 11/01/07/12/01	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/07/12/01	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/07/12/01	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 11/01/07/12/01
---	--	--	--

Joelson Moraes Martins