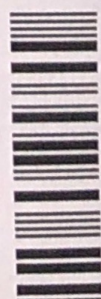


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



458074
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 40614		3-Data de Emissão da Guia 20/10/11 11/21		4-Data de Autorização 20/10/11 11/21		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8212350		7-Data Validade da Sentença 20/10/14 11/21	
8-Número da Carteira 10020252470950000001001001		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 LUCIENE SOUSA DE DEUS		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano LUCIENE SOUSA DE DEUS		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA		18-Número no CRO 125515	
19-Atendimento a RN N		20-Código CBO S 025 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 139612062870		22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA		23-Número no CRO 125515		24-UF SP	
25-Nome do Profissional Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA		26-Número no CRO 125515		27-UF SP		28-Código CBO S		29-Valor Faturar Empresa			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela 31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dentista/Região		34-Fraco		35-Clid		36-Quantidade US	
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11		34		10		38-Franquia/Co-participação R\$	
2-1										39-Aut	
3-1										40-Data de Realização	
4-1										41-Motivo da Glosa	
5-1										42-Assinatura	
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11		1-1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		134,00		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
20/10/11 11/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/10/11 11/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/11 11/21

53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/10/11 11/21

Dr. TATHIANE MOREIRA DA SILVA
Cirurgia Dentista
CRO/SP 125515