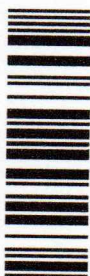


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/08/11 12/12/10	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8128181	7-Data Validade da Serinha 10/08/10 3/12/11
--------------------------	--	--	-------------------------	---------------------------------------	--

436936
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1000210212533835810000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ENILDES DA SILVA RAMOS

13/11/1971

14-Telefone ()

15-Nome do titular do plano
ENILDES DA SILVA RAMOS

16-Ambulatório a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO
--------------------------	--

18-Número no CRO 41157

19-UF MG

20-Código CBO S 025 -

Faturar Empresa

21-Código no Operador / CNPJ / CPF 1321938498810	22-Nome do Contratado Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO
---	---

23-Número no CRO 41157

24-UF MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO

27-Número no CRO 41157

28-UF MG

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 Recusa	42-Assinatura
1-10	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	10,00		1	18/12/20		Enilda
2-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	10,00		1	18/12/20		Enilda
3-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	10,00		1	18/12/20		Enilda
4-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	10,00		1	18/12/20		Enilda
5-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	10,00		1	18/12/20		Enilda
6-1					1	36,00	10,00		1	18/12/20		Enilda
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento
--

44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
--

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 1178,00

47-Valor Total R\$ 10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaramos, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaramos, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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-Descrição

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/11 Enilda

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/11 Enilda

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/11 Enilda

53-Data local e Carimbo da Empresa 11/08/11 Enilda
