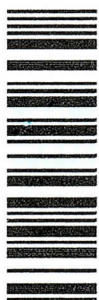




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 12/04/2013

4-Data de Autorização 12/04/2013

5-Sentença AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 9720008

7-Data Validade da Sentença 12/12/16

920597 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202546950400000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 1/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MICHELI HUSTON CARVALHO

20/04/1991

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano MICHELI HUSTON CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RV RADIOLOGIA PANORÂMICA

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO 73084

19-UF SP

20-Código CBO S 09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

23-Número no CRO 73084

24-UF SP

25-Nome do Profissional Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS

26-Número no CRO 73084

27-UF SP

28-Código CBO S

29-Código na Operadora / CNPJ / CPF

30-Data de Realização 28/03/2013

31-Motivo da Glosa 42-Assinatura

32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA

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

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
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00		SI	28/03/2013	Adriano Giraldes Iglesias
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data de Emissão da Guia 12/03/2013

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

45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 78,00

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 18/03/2013

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/2013

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/2013

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/2013

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP.