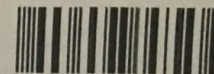




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

461465
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/5/10 11/21	4-Data de Autorização 21/6/10 11/21	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8230808	7-Data Validade da Serinha 21/5/10 11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020253513910000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DEMERSON ALEXANDRINO DA CONCEICAO					
14-Telefone 04/01/1971					
15-Nome do titular do plano DEMERSON ALEXANDRINO DA CONCEICAO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INGRID TRANHAQUE SANTOS		18-Número no CRO 42998	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14854222727					
22-Nome do Contratado Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS					
23-Número no CRO 42998					
24-UF RJ					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS					
27-Número no CRO 42998					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-008100065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-008530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
3-008530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
4-008530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
5-008530047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
6-000000000					
7-000000000					
8-000000000					
9-000000000					
10-000000000					
11-000000000					
12-000000000					
13-000000000					
14-000000000					
15-000000000					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glória					
42-Assinatura					
43-Data Previsto 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\$					
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					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável					
53-Data, local e Assinatura do Profissional					