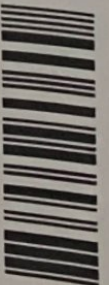


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



462975
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 12/7/10 11/21 4-Data de Autorização 10/2/10 12/11 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8238685 7-Data Validação da Guia 12/7/10 14/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 12/5347759000010101 9-Pessoa POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira 12/7/10 14/12/11 12-Número de Cartão Nacional da Saúde

13-Nome

DANIELE DE CARVALHO SANTOS 24/04/1999 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DANIELE DE CARVALHO SANTOS

Dados de Contratação Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LEIDYANE SILVA MORAES CUPERTINO 18-Número no CRO 16992 19-UF BA 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNP / CPF 104214786503 22-Nome do Contratado Executante LEIDYANE SILVA MORAES CUPERTINO 23-Número no CRO 16992 24-UF BA 25-Código CIES Enviar - RX 26-Nome do Profissional Executante LEIDYANE SILVA MORAES CUPERTINO 27-Número no CRO 16992 28-UF BA 29-Código CRO S 0181000421-RIS 30-Telefone 82000212-21

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Faixa	35-Cuid	36-Quantidade US	37-Avaliar	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	810000065				34,00				02/10/2011		Danielle
2-0	0	810000471				13,60				02/10/2011		Danielle
3-0	0	810000471				13,60				02/10/2011		Danielle
4-0	0	810000471				13,60				02/10/2011		Danielle
5-0	0	810000471				13,60				02/10/2011		Danielle
6-0	0	810000421				14,00				02/10/2011		Danielle
7-0	0	810000421				14,00				02/10/2011		Danielle
8-0	0	810000212				18,00				02/10/2011		Danielle
9-0	0	810000875				17,30				02/10/2011		Danielle
10-0	0	810000875				17,30				02/10/2011		Danielle
11-0	0	810000875				17,30				02/10/2011		Danielle
12-0	0	810000196				16,10				02/10/2011		Danielle
13-0	0	810000196				16,10				02/10/2011		Danielle
14-0	0	810000196				16,10				02/10/2011		Danielle
15-0	0	810000196				16,10				02/10/2011		Danielle

43-Data Prevista Término do Tratamento 02/10/2011 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Estima Radiológica 3-Condição 4-Justificativa Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1728,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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-Observações

Mais Sorriso

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

02/10/2011 12/15

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

02/10/2011 12/15

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

02/10/2011 12/15

53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

02/10/2011 12/15