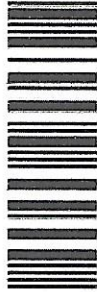


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



338053
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/07 11:21:01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7699409	7-Data Validade da Sineta 11/11/10 11:21:01
--------------------------	--	------------------------	---------------------------------------	--

12-Número do Cartão Nacional de Saúde	11-Data Validade da Carteira	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	15-Nome do titular do plano ROSELIA DE SOUSA CARVALHO
13-Nome ALYCE SCHMITZ	14-Teléfono () 9 1 1 5 1 8 1 4 2 1 0 1	16-Número no CRO 9636	19-UF DF
15-Número da Carteira 10 0 2 0 2 1 5 3 0 7 2 4 2 0 0 0 0 1 0 2	16-Plano POS REDE PRESTADORA	23-Número no CRO 9636	25-Código CINES
17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA	22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA	27-Número no CRO 9636	29-Código CRO S

18-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13 8 1 1 8 6 0 3 9 1 0 4	22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA	24-UF DF	25-Código CINES
26-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA	27-Número no CRO 9636	28-UF DF	29-Código CRO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6	1,01010	0,10101	0,10101	0,10101	13/11/07 11:21:01	IRANI XAVIER DE SOUZA
2-01018511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6	1,01010	0,10101	0,10101	0,10101	13/11/07 11:21:01	IRANI XAVIER DE SOUZA
3-11111111111111											
4-11111111111111											
5-11111111111111											
6-11111111111111											
7-11111111111111											
8-11111111111111											
9-11111111111111											
10-11111111111111											
11-11111111111111											
12-11111111111111											
13-11111111111111											
14-11111111111111											
15-11111111111111											

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\$
13/11/07 11:21:01	1-1-Total 2-Parcial	1-1-Total 2-Parcial	1 1 2 2 1 0 1 0	1 1 2 2 1 0 1 0	1 1 2 2 1 0 1 0

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 Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.
13/11/07 11:21:01	13/11/07 11:21:01 K Roselias Carvalho	13/11/07 11:21:01

53-Data, local e Assinatura 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.