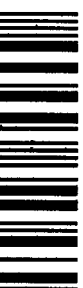


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/4/08 4-Data de Autorização 12/1/08 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7789184 7-Data Validade da Sentença 11/2/11 8-Data Validade da Sentença 11/2/11

357240
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 100202531346100000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PALLOMA GUIMARAES DA SILVA TAVARES 14-Teléfono () - - - - - 15-Data Validade da Carteira 15/03/1999 16-Data Validade da Carteira 15/03/1999

17-Data Validade da Carteira 15/03/1999 18-Data Validade da Carteira 15/03/1999 19-Data Validade da Carteira 15/03/1999 20-Data Validade da Carteira 15/03/1999

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 17-Nome do Profissional Solicitante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 18-Número no CRO 45407 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 09035882776 22-Nome do Contratado Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 23-Número no CRO 45407 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Data Validade da Carteira 15/03/1999 27-Data Validade da Carteira 15/03/1999 28-Data Validade da Carteira 15/03/1999 29-Data Validade da Carteira 15/03/1999

26-Nome do Profissional Executante JULY ANNE MENDONÇA DA SILVA 27-Número no CRO 45407 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-Data Validade da Carteira 15/03/1999 31-Data Validade da Carteira 15/03/1999 32-Data Validade da Carteira 15/03/1999 33-Data Validade da Carteira 15/03/1999

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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-1	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
3-1	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
4-1	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
5-1	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
6-1	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
7-1	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
8-1	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
9-1	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
10-1	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
11-1	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
12-1	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
13-1	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
14-1	0	0	8	5	3	0	0	4	7			
15-1	0	0	8	5	3	0	0	4	7			

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Toda 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente