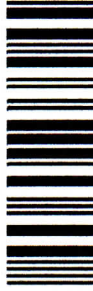


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



463921
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
12/17/10 14/12/11

6-Número da Guia Principal
8242527

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/19/10 11/12/11

3-Data de Emissão da Guia
12/17/10 11/12/11

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira
10020202534790300000102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
FERNANDA VIEIRA BARBOSA

14-Telefone
11/07/1990

15-Nome do titular do plano
CLEBER DA SILVA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES

18-Número no CRO
118776

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(II) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1319520700846111

22-Nome do Contratado Executante
REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES

23-Número no CRO
118776

24-UF
SP

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES

27-Número no CRO
118776

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0001851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	6	1,00	0,00	0,00	1	29/01/11	
2-0001851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8	8,00	0,00	0,00	1	29/01/11	
3-0001851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	8	8,00	0,00	0,00	1	29/01/11	
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data de Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fraturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / Co-participação R\$						
29/10/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	237,00	0,00	0,00						

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 Profissional Solicitante

29/10/11 11/12/11

51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

29/10/11 11/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

29/10/11 11/12/11

Dra. Rebeca E. Samaraõ Gonçalves
CRO-SP-CD - 118776

Dra. Rebeca E. Samaraõ Gonçalves
CRO-SP-CD - 118776