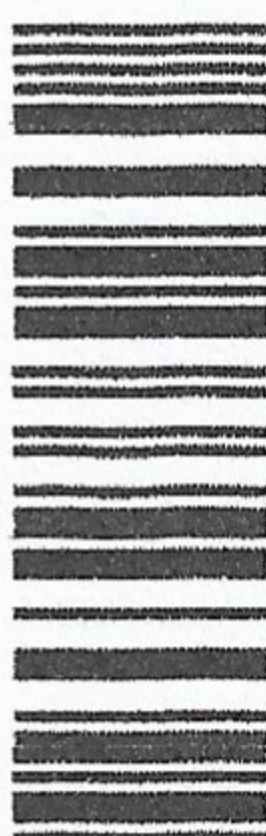




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



547293
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/11/05 11/21	4-Data de Autorização 12/11/05 11/21	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8572780	7-Data Validade da Serha 10/9/08 11/21
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202523851100000010103	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 ANTONIO SANTOS FERNANDES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GABRIELA SOUZA SANTOS
-------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Atendimento do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11010633781655	22-Nome do Contratado Excedente BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Especialista BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Abela	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.	00	8100030			1	34,00	10,00					
2.	00	8400090			1	72,00	0,00					
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Criodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1106,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Coparticipação 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 9/9/05 11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 9/9/05 11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 9/9/05 11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------