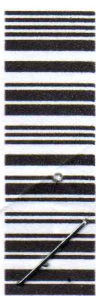


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Região ANS 4064414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 6/12/10 4-Data de Autorização 11/8/10 6/12/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7641008 7-Data Validade da Série 11/5/10 9/12/10

325848
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 000210253034520000011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROSEANE OLIVEIRA PRESTES 25/06/1992 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ROSEANE OLIVEIRA PRESTES

GUIA
CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1913894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S

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-Frangula/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6,10	0,00			11/8/10	06/12/10	Roseane
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	6,10	0,00			11/8/10	06/12/10	Roseane
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6,10	0,00			11/8/10	06/12/10	Roseane
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	6,10	0,00			11/8/10	06/12/10	Roseane
5-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	6,10	0,00			11/8/10	06/12/10	Roseane
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Frangula 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Frangula / 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 em 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/8/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/8/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/8/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Roseane Oliveira Prestes