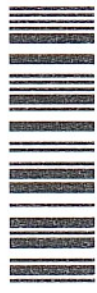




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 15/01/2011 4-Dia de Autorização 16/01/2011 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8300269 7-Data Validade da Sentença 16/05/2011 477298 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010201253554730000101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JANIO CARLOS DE LIMA FERREIRA 14-Teléfono 15-Data do titular do plano JANIO CARLOS DE LIMA FERREIRA 05/11/1982

16-Aferimento a RN N 17-Nome do Profissional Societário CLINICA EBENEZER 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 01 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664 22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Table with columns: 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 Class, 42-Assinatura. Rows include procedures like CONSULTA ODONTOLÓGICA, RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL, and RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL HAID.

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Aferimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração: 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. Declino, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora 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.

50-Dig. local e Assinatura do Profissional Dentista Solicitante 51-Dig. local e Assinatura do Profissional Dentista 52-Dig. local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dig. local e Assinatura da Empresa