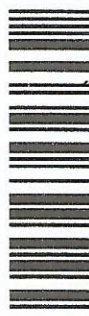




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



487691
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/03 12:11	4-Data de Autorização 10/11/03 12:11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8342249	7-Data Validação da Senha 13/01/05 12:11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 1012102535454400001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome SIBELE CRISTINA FERREIRA DE SOUZA	23/07/1986	14-Telefone () () () () () () () ()	15-Nome do titular do plano SIBELE CRISTINA FERREIRA DE SOUZA
--	------------	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC	18-Número no CRO 43418	19-UF MG	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421- (1) 81000421-
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1106791177647	22-Nome do Contratado Executante DANIEL FELIPE NUNES	23-Número no CRO 43418	24-UF MG	25-Código CNES 26-Código CBO S 43418	28-UF MG	29-Código CBO S (1) 81000421- (1) 81000421- (1) 81000421-
--	---	---------------------------	-------------	--	-------------	--

25-Nome do Profissional Executante DANIEL FELIPE NUNES	27-Número no CRO 43418	28-UF MG	29-Código CBO S (1) 81000421- (1) 81000421- (1) 81000421-
---	---------------------------	-------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Trabalho	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Qtd	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000421	RX PERIAPICAL	RMDS	1	1	14,00	0,00		S	02/11/03		
2-00	081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00		S	02/11/03		
3-00	081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00		S	02/11/03		
4-00	081000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	14,00	0,00		S	02/11/03		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prescrição / Tipo de Tratamento 08/10/03	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), 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 08/10/03	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/03	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/03	53-Data, local e Carteira da Empresa 02/11/03
---	---	---	--

ODONTODOC
02/11/03 11:03:43