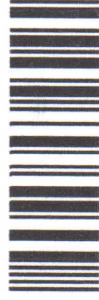


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



391391
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2012	4-Data de Autorização 08/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7940041	7-Data Validade da Senha 05/10/11
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
---------------------------------------	--

11-Data Validade da Carteira	15-Nome do titular do plano LORENA CAROLINA DOS SANTOS PEREIRA
------------------------------	---

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	14-Número no CRO 9574	18-UF BA	20-Código CBO S
--------------------------------------	--------------------------	-------------	-----------------

13-Nome THIAGO HENRIQUE DOS SANTOS PEREIRA	16-Endereço a RN CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	22-Nome do Contratado Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	24-UF BA	25-Código CNES
---	--	--	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	27-Número no CRO 9574	28-UF BA	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	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 Classe 42-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	-----------------------------------

1-0001853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	16/11/2012	16/11/2012	16/11/2012
2-0001853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	16/11/2012	16/11/2012	16/11/2012
3-0001853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	16/11/2012	16/11/2012	16/11/2012
4-0001853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	16/11/2012	16/11/2012	16/11/2012
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/10/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Total 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 144,00	47-Valor Total R\$ 144,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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), 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 16/11/2012, Jussara Nogueira Bastos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 16/11/2012, Jussara Nogueira Bastos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2012, Jussara Nogueira Bastos	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2012, Jussara Nogueira Bastos
--	--	--	--