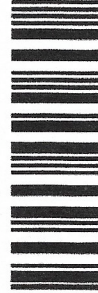




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



441780
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/06/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8149602	7-Data Validação da Guia 11/06/11 03/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 101012101215131181316161010101010110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome CLAUDOMAR FRANCISCO DE SOUZA	14/07/1972	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA MARGARETE SANTOS
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALLAN DE LIMA LOPES	18-Número no CRO 14878	19-UF SC
21-Código na Operadora / CNU / CDP 101218143111119178	22-Nome do Contratado Executante ALLAN DE LIMA LOPES	23-Número no CRO 14878	24-UF SC
26-Nome do Profissional Executante ALLAN DE LIMA LOPES		27-Número no CRO 14878	28-UF SC
29-Código CBO S		30-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101	812101008175	EXODONTIA SIMPLES DE	13	1	1	73,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010
2-1010	812101008175	EXODONTIA SIMPLES DE	21	1	1	73,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010
3-1010	812101008175	EXODONTIA SIMPLES DE	22	1	1	73,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010
4-1010	812101008175	EXODONTIA SIMPLES DE	23	1	1	73,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010
5-1-1-1												
6-1-1-1												
7-1-1-1												
8-1-1-1												
9-1-1-1												
10-1-1-1												
11-1-1-1												
12-1-1-1												
13-1-1-1												
14-1-1-1												
15-1-1-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/12/10 12/12/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Credenciado 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2912,1010	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / 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, com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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, assim esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/12/10 12/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/10 12/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/10 12/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/12/10 12/12/11
--	--	--	--

Dr. Allan de Lima
CRO 14978 SC