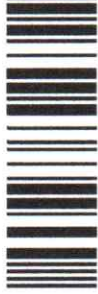


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



304383
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
24/06/2012

6-Número da Guia Principal
7497420

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
31/03/2013

3-Data de Emissão da Guia
26/03/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
002022529222000000103

6-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

GIOVANNA ALVES BENICIO

09/07/2008

15-Nome do titular do plano
GIANE ALVES DA SILVA LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO

18-Número no CRO
76750

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
25350740873

22-Nome do Contratado Executante
FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO

23-Número no CRO
76750

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO

27-Número no CRO
76750

28-UF
SP

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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	01810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/09/2012	Flavia Anita Giraldi Cavalleiro
2-0	01840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00			21/09/2012	Flavia Anita Giraldi Cavalleiro
3-1											
4-1											
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 21/09/2012											46-Total Quantidade US 110,00
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência											47-Valor Total R\$ 0,00
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial											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
21/09/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/09/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/09/2012

53-Data, local e Assinatura do Operador
21/09/2012

Flavia Anita Giraldi Cavalleiro
21/09/2012