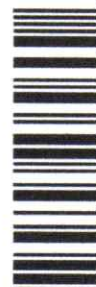


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/10 12/12/10 4-Data de Autorização 12/10/10 13/12/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7426431 7-Data Validade da Sentença 12/10/10 15/12/10

291445
INTERCAMBIO

8-Plano POS REDE PRESTADORA 9-Plano 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome HELEN CRISTINA GARCE LEITE 14-Telefone 15-Nome do titular do plano HELEN CRISTINA GARCE LEITE 16-Data de Validade da Guia 27/07/1994

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1913894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S 30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fice	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Dica	42- Assinatura
1-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,5,10,0	10,10,10			20/03/20		Hellen
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,5,10,0	10,10,10			20/03/20		Hellen
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,5,10,0	10,10,10			20/03/20		Hellen
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,5,10,0	10,10,10			20/03/20		Hellen
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 140,10,10 47-Valor Total R\$ 10,10,10 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), 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 que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Hellen Cristina Garce Leite