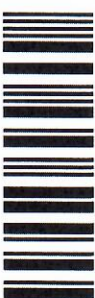


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

447489
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/01/2011	4-Data de Autorização 12/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172110	7-Data Válidade da Senha 05/04/2011
Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
8-Número da Carteira 00202534107000001011	13-Nome PRISCILA DA SILVA ROSADO		29/08/1999	14-Teléfono ()	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	18-Número no CRO 26161	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 845765370911	23-Número no CRO 26161		24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	27-Número no CRO 26161	28-UF RS	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00
6-00					
7-00					
8-00					
9-00					
10-00					
11-00					
12-00					
13-00					
14-00					
15-00					
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-1-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	10,00	

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), 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Paciente e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/08/2011 22/08/2011 20 000	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/08/2011 20 000	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/08/2011 20 000	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/08/2011 20 000
--	--	--	--

Cirurgiã Dentista
CRO/RS 26161