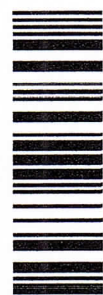


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-At



463705
INTERCÂMBIO

Inscrição para o SUS

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10/11/21	4-Data de Autorização 10/5/10/2/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8241450	7-Data Validade da Senha 12/7/10/14/21
--------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020253329840100010103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LAWENNY DOS SANTOS ROSA	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano DENIZE FIRMINO DOS SANTOS
------------------------------------	--------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI	18-Número no CRO 27786	19-UF RJ	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10109049772607	22-Nome do Contratado Executante KELLY DE SOUZA ABREU	23-Número no CRO 27786	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU	27-Número no CRO 27786	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- F-ano	35- CID	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guisa	42- Assinatura
1	100	8400090				1	72,00			10/02/11		
2	00	8100065				1	34,00			10/02/11		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/11/11	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 1106,00	47- Valor Total R\$ 0,00	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 a 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/11
---	---	---	---

Assinatura do Responsável
Centro - Niterói
1º - 7711-6711
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 27.786