

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 2-0 4-Data de Autorização 12/11/11 2-0 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8063244 7-Data Validade da Serinha 11/15/10 2/12/11 421377 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 10102102153263830001010101013 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Data Validade da Carteira Nacional de Saúde 11/15/10 2/12/11

13-Nome

10LANDA REGINA BATISTA JARDIM 20/01/1978 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano FRANCIANE REJANE BATISTA JARDIM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10104934516058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES 1010218 26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S 1010218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Trabalho	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	15	MDO	1	1 2 2 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0
2-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	16	DVO	1	1 2 2 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	36	V	1	1 1 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	34	V	1	1 1 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	23	V	1	1 1 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	24	V	1	1 1 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0	1 0 1 0 0
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										

43-Data Previsão Término do Tratamento 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 14 8 8 10 0 47-Valor Total R\$ 10 10 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10 10 0

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



414065
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 07/11/2011 4-Data de Autorização 10/11/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8032308 7-Data Validade da Senha 05/10/2011

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 00202532638300000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome IOLANDA REGINA BATISTA JARDIM 14-Teléfono () - 15-Nome do titular do plano FRANCIANE REJANE BATISTA JARDIM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00493456058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Cota	42-Assinatura
1-0	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26	1	7	3,00	0,00	5,12	4/11/2011	2011		Kidando
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 73,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/09/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Iolanda 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/01/11 11/2/0 4-Data de Autorização 12/3/11 11/2/0 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8073374 7-Dia Validade da Senha 11/8/10 12/2/1

423748
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 5320650100010102 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 CLAUDIA ELEONOR DOS SANTOS FERRAZ 13/06/1970 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano LEU SIDINEI NUNES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0104934560158 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Glosa	42-Assinatura
1	010	81100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00			13/01/11		
2	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			13/01/11		
3	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			13/01/11		
4	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			13/01/11		
5	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			13/01/11		
6	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			13/01/11		
7	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			13/01/11		
8	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			13/01/11		
9	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			13/01/11		
10	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			13/01/11		
11	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			13/01/11		
12	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			13/01/11		
13	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			13/01/11		
14	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			13/01/11		
15	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00			13/01/11		
43-Data	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Exame Radiológico	47-Exame Radiológico	48-Exame Radiológico	49-Exame Radiológico	50-Exame Radiológico	51-Exame Radiológico	52-Exame Radiológico	53-Exame Radiológico	54-Exame Radiológico	55-Exame Radiológico
12/01/11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão de Guia 11/3/11/12/01	4-Dia de Autorização 11/8/11/12/01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8053431	7-Dia Validade da Serinha 11/11/02/12/11
--------------------------	---	---------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---

418950
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010210215334452101010110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome CRISTIANE VIDOR DA ROCHA		14-Telefone (11) 964315673	15-Nome do Titular do plano LISIANE GOUVEA DA SILVEIRA VIDOR
16-Atendimento a RN FRANCIELE BATTISTI		18-Número no CRO 22994	19-UF RS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0104934561058		22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
25-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI		23-Número no CRO 22994	24-UF RS
26-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		27-Número no CRO 22994	25-Código CNES 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denier/Régula	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Medico da Guia	42-Abas
1-00	01820100875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	73,00	0,00	511814120				
2-00	0181010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	511814120				
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Previsto Término do Tratamento	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 1107,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 e arcar 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 que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia, local e Cartão da Empresa
---------------	--	--	--	-----------------------------------

2-Np

415332
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Dia Validade da Carteira	12-Número do Cartão
1010215323969000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	11/11/11	

[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código de Origem
N	FRANCIELE BATTISTI	22994	RS	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	00493456058
22-Nome do Contratado Executante	FRANCIELE BATTISTI
23-Número no CRU	22994
24-UF	RS
25-Código UNIC	
Enviar - RX	(IF) 8200021245

Zé-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATISTI	L7 - Número do CNU 22994	RS	
--	------------------------------------	----	--

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- Mês/Ano da Obra	42- Ass-Fls
1- 0	0	8	2	0	0	0	2	1	2			
2- 0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
3- 0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
4- 0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
5- 0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
6- 0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
7- 0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
8- 0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
9- 0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
10- 0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
11- 0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
12- 0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
13- 0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
14- 0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
15- 0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
43- Data Previsto Término do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 45- Tipo de Faturamento 46- Total Quantidade US 47- Valor Total R\$ 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 a arcar com os custos previstos no 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 ____/____/____	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista ____/____/____	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável ____/____/____	53-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-MP



1-Registro AIS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/11 4-Data de Autorização 10/04/11 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7992880 7-Data Validade da Semeta 12/01/11 8-Data Validade da Guia 12/01/11

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CARLOS ROBERTO RODRIGUES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANDRESSA NAJARA DE OLIVEIRA

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/04/93 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Telefone	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1-0	0	8100065										
		CONSULTA ODONTOLÓGICA										
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-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		34,00								

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



417911
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/11/12 4-Dia de Autorização 18/11/12 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8048509 7-Dia Validação da Guia 10/12/12 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

8-Número da Carteira 101202521914650101011021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PAULO RICARDO QUADROS 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 13-Nome HELENA DE ABREU VIEIRA MARQUES 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano PAULO RICARDO QUADROS MARQUES JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FRANCIELE BATTISTI 18-Número no CRO 22994 19-UF RS 20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00493456058 22-Nome do Contratado Executante FRANCIELE BATTISTI 23-Número no CRO 22994 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FRANCIELE BATTISTI 27-Número no CRO 22994 28-UF RS 29-Código CBO 5

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-Dia de Realização	41-Mesmo da Orama	42-Valor
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	13,14	10,10					
2-0	0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	7,12	10,10					
3-1	0	APLICAÇÃO DE SELANTE DE		1	1	4,19	10,10					
4-0	0	APLICAÇÃO DE SELANTE DE		1	1	4,19	10,10					
5-1	0	APLICAÇÃO DE SELANTE DE		1	1	4,19	10,10					
6-0	0	APLICAÇÃO DE SELANTE DE		1	1	4,19	10,10					
7-1	0	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	8,18	10,10					
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Dia Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	39,90	10,10								

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 contratuais. 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



404147
INTERCÂMBIO

Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/4/11 10:12:01

4-Data de Autorização
10/4/11 11:21:01

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7993189

7-Data Validade da Série
12/2/11 01:12:11

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira
0101020125323969000011011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANDRESSA MAJARA DE OLIVEIRA

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
ANDRESSA MAJARA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
FRANCIELE BATTISTI

17-Nome do Profissional Solicitante
FRANCIELE BATTISTI

18-Número no CRO
22994

19-UF
RS

20-Código CBO S
025 -

21-UF
RS

22-Código CNES
Faturar Empresa

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF
01014913456058

24-Número no CRO
22994

25-UF
RS

26-Código CBO S

27-Nome do Profissional Executante
FRANCIELE BATTISTI

28-UF
RS

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

20-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Cota	42-Assinatura
1-10	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10/4/11 11:21:01		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento

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
34,00

47-Valor Total R\$
0,00

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 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 prestadora 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

54-Data, local e Cartão da Empresa

55-Data, local e Cartão da Empresa

Franciele Battisti
Cirurgião-Dentista
CRO RS 22994

Andressa Majara de Oliveira