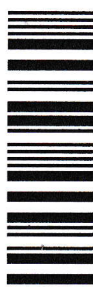


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 3/1/10 8/12/11 4-Data de Autorização 3/1/10 8/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9010068 7-Data Validade da Senha 12/9/11 1/12/11

687714
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202539792400000101 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 1/1/11 1/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARGARIDA MARIA AGENOR 14-Teléfono () 14/07/1962 15-Nome do titular do plano MARGARIDA MARIA AGENOR

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 18-Número no CRO 38540 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0517158019720 22-Nome do Contratado Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 23-Número no CRO 38540 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LEONARDO GARCIA DE SOUZA 27-Número no CRO 38540 28-UF RJ 29-Código CBO S

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	0	8	1	0	0	0	3	0				
		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3	4	0	0	0		
2-0	0	8	2	0	0	0	8	1	6			
		EXDONTIA A RETALHO			1	7	3	0	0	0		
3-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1			
		RX PERIAPICAL			1	1	4	0	0	0		
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

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 1 1 2 1 1 0 0 47-Valor Total R\$ 10 10 0 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, compreendendo-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, compreendendo-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

Dr. Leonardo Garcia
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38540