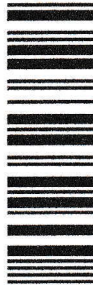


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

545061
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 07/05/2011		4-Data de Autorização 07/05/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8564337		7-Data Validade da Senha 05/08/2011	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 002025354114000010102				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome MARGARIDA MARIA DE MORAES MELLO											
14-Telefone () -											
15-Nome do titular do plano TANCRED VARGAS DE MELLO											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 16305		19-UF BA		20-Código CBO S		21-Data Validade da Carteira / /	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06619417523		23-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		24-UF BA		25-Código CINES		26-UF BA		27-Código CBO S	
28-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		29-Número no CRO 16305		30-UF BA		31-Código CBO S		32-UF BA		33-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória 42-Assinatura
1-000181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		34		1	34,00				07/05/2011	
2-0001820000859	EXODONTIA DE RAIZ				1	73,00				07/05/2011	
3-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1	35,00				04/05/2011	
4-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1	35,00				04/05/2011	
5-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1	35,00				04/05/2011	
6-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1	35,00				04/05/2011	
7-0001840000198											
8-0001840000198											
9-0001840000198											
10-0001840000198											
11-0001840000198											
12-0001840000198											
13-0001840000198											
14-0001840000198											
15-0001840000198											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Valor Total R\$		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		247,00		247,00		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 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 07/05/2011	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/05/2011	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/05/2011	
53-Data, local e Carimbo de Empresa SSA	