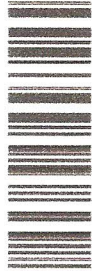




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.4º

420441
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/11	4-Data de Autorização 12/12/11	5-Sinhu AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8059460	7-Data Validade da Sinhu 11/12/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/12/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOAO VITOR VALENTINO DE ARAUJO CHERMONT	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano MARIA IVANETTE MONTEIRO CHERMONT

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EBER COELHO PARAGUASSU	18-Número no CBO 458	19-UF AP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 171515151617161612115111	22-Nome do Contratado Excecitante EBER COELHO PARAGUASSU	23-Numero no CBO 458	24-UF AP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Excecitante EBER COELHO PARAGUASSU		27-Numero no CBO 458	28-UF AP	29-Código CBO S

30-Tabala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Aut	39-Data de Realização	40-Data de Realização	41-Motivo da Carga 42-Exatidão
1-001820011294		REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	18161010	01010		23/11/2011	23/11/2011	
2-001810004211		RX PERIAPICAL	RMSD		1	141010	01010		23/11/2011	23/11/2011	
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Taxa Frequent / Co-participação R\$
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	210101010	111101010	111101010

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), 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
12/12/11	12/12/11	12/12/11	12/12/11