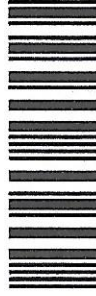


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

560058
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/05/12/11	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8617264	7-Data Validade da Serinha 11/9/10/8/12/11
--------------------------	---	-------------------------	---------------------------------------	---

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome GRACENILDE RIBEIRO DA SILVA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano GRACENILDE RIBEIRO DA SILVA

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA	18-Número no CRO 9636	19-UF DF	20-Código CBO S 025 -	21-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13181181601391104		23-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA	24-UF DF	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		27-Número no CRO 9636	28-UF DF	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
1-00185100200		RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	18,80	0,00	0,00		12/6/05/12/11	Graceni
2-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	6,10	0,00	0,00		12/6/05/12/11	Graceni
3-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6,10	0,00	0,00		12/6/05/12/11	Graceni
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 121101010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111
--	--	---	-------------------------------------	------------------------------	---

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 12/6/05/12/11	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/05/12/11	52-Data, local e Assinatura do Operador da Empresa 12/6/05/12/11	53-Data, local e Assinatura do Operador da Empresa 12/6/05/12/11
--	--	---	---

Dr. Irani Xavier de Souza
Cirurgião Dentista
CRO - DF 9636