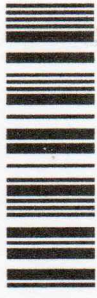




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



|                          |                                                |                                            |                       |                                       |                                               |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/09/11 10/12/01 | 4-Data de Autorização<br>13/01/11 10/12/01 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8010162 | 7-Data Validade da Senha<br>12/17/10 11/12/11 |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|

408342  
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

|                                                              |                                |                                      |                                                |                                       |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>010102101215130121614610101010111011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                 |                              |                                                     |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>ALEX DIAS DOS SANTOS | 14-Teléfono<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>ALEX DIAS DOS SANTOS |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                       |                                                               |                           |             |                      |                          |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------------|--------------------------|
| 16-Abandono a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RODRIGO SUNAO AMBROSIO | 18-Número no CRO<br>96982 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>* | 025 -<br>Faturar Empresa |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------------|--------------------------|

|                                                           |                                                            |                           |             |                |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>351310470108211111 | 22-Nome do Contratado Executante<br>RODRIGO SUNAO AMBROSIO | 23-Número no CRO<br>96982 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                                              |                           |             |                 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RODRIGO SUNAO AMBROSIO | 27-Número no CRO<br>96982 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 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-Motivo da Cioss | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|----------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0101    | 8530001471                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 106,11                          | 11/12/01 |                       |                    |               |
| 2-0101    | 853000471                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 106,11                          | 11/12/01 |                       |                    |               |
| 3-0101    | 853000471                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 106,11                          | 11/12/01 |                       |                    |               |
| 4-0101    | 853000471                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 106,11                          | 11/12/01 |                       |                    |               |
| 5-1111    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 6-1111    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 7-1111    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 8-1111    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 9-1111    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 10-1111   |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 11-1111   |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 12-1111   |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 13-1111   |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 14-1111   |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 15-1111   |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |

|                                                             |                                                                                                                                     |                                                                      |                                   |                             |                                         |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>06/11/11 11/12/01 | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1144,00 | 47-Valor Total R\$<br>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) 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<br>10/01/11 11/12/01 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/01/11 11/12/01 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/01/11 11/12/01 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|