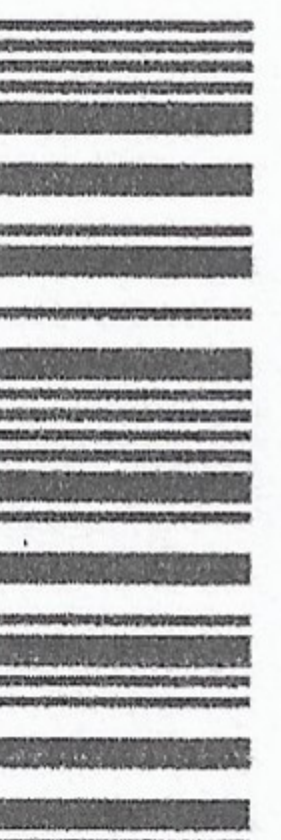


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/04 14:21	4-Data de Autorização 11/7/05 12:11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8524927	7-Data Validade da Senha 12/6/07 12:11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

534727
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025368800000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome PAMELA LEMES DOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano PAMELA LEMES DOS SANTOS
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DJAMARA RIOS SANTOS	18-Número no CRO 84656	19-UF SP	20-Código CBO S 025	Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	------------------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04632748650	22-Nome do Contratado Executante DJAMARA RIOS SANTOS	23-Número no CRO 84656	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DJAMARA RIOS SANTOS	27-Número no CRO 84656	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	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	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			17/05/21		Pamela Lemes dos Santos
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 11/10/2011 Pamela Lemes dos Santos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2011 Pamela Lemes dos Santos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2011 Pamela Lemes dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/7/05/21 Drª Djamara Rios Santos
--	--	--	--

CROSP: 84656