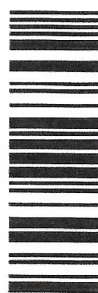


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª Via



433739
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/13/112/12/10	4-Data de Autorização 10/9/112/12/10	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8114602	7-Data Validade de Sanha 10/13/10/3/12/11
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 1010120125338361100001011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ARNALDO ADRIANO CHAVES MORAIS		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano ARNALDO ADRIANO CHAVES MORAIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALLAN DE LIMA LOPES		18-Número no CRO 14878		19-U-F SC		20-Código CBO S SC		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101218143111119178		22-Nome do Contratado Executante ALLAN DE LIMA LOPES		23-Número no CRO 14878		24-U-F SC		25-Código CNES SC		26-Código CBO S SC		27-Número no CRO 14878		28-U-F SC		29-Código CBO S SC		30-Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100200	
---	--	--------------------------	--	--	--	---------------------------	--	--------------	--	-----------------------	--	---	--	---	--	---------------------------	--	--------------	--	----------------------	--	-----------------------	--	---------------------------	--	--------------	--	-----------------------	--	---	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Cop-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Justificativa
1-10101	81101000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4	10,00					
2-10101	81401000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		3,5	10,00					
3-10101	81401000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		3,5	10,00					
4-10101	81401000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		3,5	10,00					
5-10101	81401000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		3,5	10,00					
6-10101	81511000201	RESTAURAÇÃO RESINA	38 OD	1		8,8	10,00					
7-10101	81511000201	RESTAURAÇÃO RESINA	37 OV	1		8,8	10,00					
8-10101	81511000201	RESTAURAÇÃO RESINA	48 OV	1		8,8	10,00					
9-10101	81511000201	RESTAURAÇÃO RESINA	47 OV	1		8,8	10,00					
10-10101	81511000201	RESTAURAÇÃO RESINA	35 OL	1		8,8	10,00					
11-10101	81511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	34 O	1		6,1	10,00					
12-10101	81511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	44 O	1		6,1	10,00					
13-10101	81511000201	RESTAURAÇÃO RESINA	27 OV	1		8,8	10,00					
14-10101	81511000201	RESTAURAÇÃO RESINA	26 OP	1		8,8	10,00					
15-10101	81511000201	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/01/12/11	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 19112,10	47-Valor Total R\$ 109112,10	48-Total Franquia / Cop-participação R\$ 109112,10
---	--	---	------------------------------------	---------------------------------	---

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 03/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2010	53-Data, local e Cartão de Empresa 10/9/112/12/10
---	---	---	--

Dr. Allan de Lima Lopes
Cirurgião-Dentista
CRO 14.878 SC