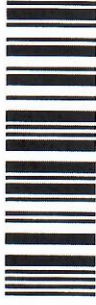


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

418759
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
11/10/2012

6-Número de Guia Principal
8052481

5-Serha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/16/11/12/01

3-Data de Emissão da Guia
11/13/11/11/12/01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
01012025331446000010102

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

ISABELA MARQUES DOS SANTOS

22/10/2009

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JOSEBEL DOS SANTOS MARQUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN

BRUNA DA SILVA OLIVEIRA

17-Nome do Profissional Solicitante

BRUNA DA SILVA OLIVEIRA

18-Número no CRO
26161

19-UF
RS

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

184517161537091

22-Nome do Contratado Executante
BRUNA DA SILVA OLIVEIRA

23-Número no CRO
26161

24-UF
RS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

BRUNA DA SILVA OLIVEIRA

27-Número no CRO
26161

28-UF
RS

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-001840000074	1	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36	1	1	49,00	0,00	0,00	S	24/11/20	poscal
2-001840000074	1	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46	1	1	49,00	0,00	0,00	S	24/11/20	poscal
3-001840000074	1	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16	1	1	49,00	0,00	0,00	S	24/11/20	poscal
4-001840000074	1	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26	1	1	49,00	0,00	0,00	S	24/11/20	poscal
5-001840000090	1	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	1	1	1	72,00	0,00	0,00	S	24/11/20	poscal
6-111111111111											
7-111111111111											
8-111111111111											
9-111111111111											
10-111111111111											
11-111111111111											
12-111111111111											
13-111111111111											
14-111111111111											
15-111111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Alendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tolheram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa