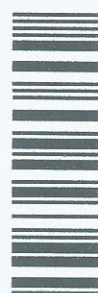


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/10/12/11	4-Data de Autorização 10/3/10/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8265411	7-Data Validade da Senha 10/4/10/15/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025211732700001011	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 LAINE REIS DE MOURA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano LAINE REIS DE MOURA
--------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA LUNA PEDROSA DOMINGUES	18-Número no CRO 45822	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11272132547471	22-Nome do Contratado Executante AMANDA LUNA PEDROSA DOMINGUES	23-Número no CRO 45822	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
---	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante

AMANDA LUNA PEDROSA DOMINGUES	27-Número no CRO 45822	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 85100200
-------------------------------	---------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	16,10	0,00					
2-0	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OV	1	18,10	0,00					
3-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	16,10	0,00					
4-0	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	18,10	0,00					
5-0	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	18,10	0,00					
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/02/11	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 1386,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	---	--	-----------------------------------	-----------------------------	--

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(ram) 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 03/02/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/02/11
---	---	---	---

Dra. Amanda Luna
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ - CD 45822