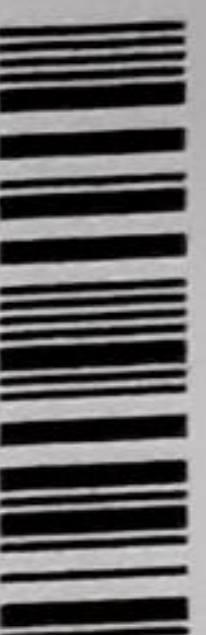




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



332757
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/07 4-Data de Autorização 11/01/07 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7676616 7-Data Validade da Semeta 12/09/09 8-Data Validade da Guia 12/01/10

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0002025305998000000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome EVERTON DE OLIVEIRA 14-Telefone 04/04/1992 15-Nome do titular do plano ROSIMERI DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ANDRESSA RENATA RECH 18-Número no CRO 27939 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09825842962 22-Nome do Contratado Executante ANDRESSA RENATA RECH 23-Número no CRO 27939 24-UF PR 25-Código CNEB Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD 26-Nome do Profissional Executante ANDRESSA RENATA RECH 27-Número no CRO 27939 28-UF PR

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			33-Dente/Região	34-Frase	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glor	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição										
1-000	810003030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/10/2010		Everson
2-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	10/10/2010		Everson
3-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	10/10/2010		Everson
4-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	10/10/2010		Everson
5-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	10/10/2010		Everson
6-000	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	10/10/2010		Everson
7-000	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	10/10/2010		Everson
8-000	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	10/10/2010		Everson
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/07 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 216,00 47-Valor Total R\$ 216,00 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 responsável e pagar com os valores 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.

CLINICA ODONTOLÓGICA PRATO E GRASSANO LIMA - ME

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/07 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/07 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 11/01/07 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/2010 R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110 Vila residencial C

Foz de Iguaçu PR