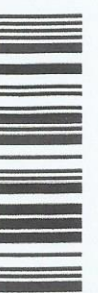


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/12/11 11/12/10 4-Data de Autorização 11/13/11 11/12/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8048138 7-Data Validade da Série 11/10/10 12/12/11

8-Número da Carteira 1010120125333672201000101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALEXANDRA CHAGAS 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano ALEXANDRA CHAGAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 18-Número no CRO 39372 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06131124618607 22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 23-Número no CRO 39372 24-UF MG 25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 27-Número no CHO 39372 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fogão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-0101	810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	1	34,00	0,00			11/16/11	20	
2-0101	853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	1	36,00	0,00			11/16/11	20	
3-0101	853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	1	36,00	0,00			11/16/11	20	
4-0101	853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	1	36,00	0,00			11/16/11	20	
5-0101	853000147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	1	36,00	0,00			11/16/11	20	
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/16/11 11/20 44-Tipo de Atendimento 11-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 11-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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

Alexandra Chagas
Ana Carolina Dias
CRO-MG 39372

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 11/16/11 11/20 *jc* 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/16/11 11/20 *jc* 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/16/11 11/20 *Alexandra Chagas* 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 11/11/11 CRO-MG 39372