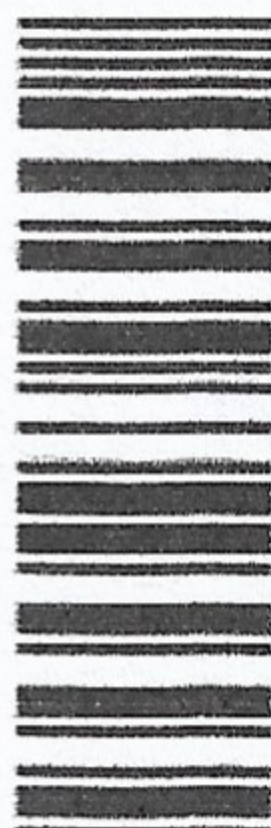




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



510159
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 13/12/11	4-Data de Autorização 13/1/10 13/12/11	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8429687	7-Data Validade da Senha 12/5/10 6/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202535941500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome GABRIELLE BIANCA RODRIGUES GONCALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110063378655	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES
---	--

26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES
--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Sinatura
1.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	8,8	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Thiago B
2.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OD	1	8,8	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Thiago B
3.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OD	1	8,8	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Thiago B
4.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Thiago B
5.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	8,8	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Thiago B
6.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	8,8	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Thiago B
7.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Thiago B
8.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA										
9.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA										
10.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA										
11.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA										
12.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA										
13.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA										
14.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA										
15.000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totais 2-Parcial	46-Total Quantidade US 562,10	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Fratura / 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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/10 11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 11/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/11
--	--	--	---