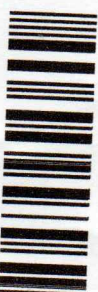


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



429428
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/11 12/10	4-Data de Autorização 11/11/12 12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8096591	7-Data Validade da Sentença 12/11/10 12/12/11
2-Número da Carteira 010120125132161331010101011011			8-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome CRISTINA PEREIRA DOS SANTOS			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
14-Telefone () - - - - -			11-Data Validade da Carteira / /		
15-Nome do titular do plano CRISTINA PEREIRA DOS SANTOS			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
16-Atendimento a RN ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO			18-Número no CRO 41157		
17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO			19-UF MG		
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 32913814988110			21-UF MG		
22-Nome do Contratado Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO			23-Número no CRO 41157		
24-UF MG			25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO			27-UF MG		
28-Código CBO S 41157			29-Código CBO S		
30-UF MG			31-UF MG		

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
1-010	1821000859	EXODONTIA DE RAIZ	14	1	1	73,00	0,00	0,00	11/11/12	20	2	Exatima
2-010	1821000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16	1	1	173,00	0,00	0,00	11/11/12	20	2	Exatima
3-010	1820000859	EXODONTIA DE RAIZ	46	1	1	73,00	0,00	0,00	11/11/12	20	2	Exatima
4-010												
5-010												
6-010												
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												

43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
/ /	1- Tratamento Odontológico	2- Exame Radiológico	3- Ortodontia	4- Urgência/Emergência	
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 pagar em meu nome e por minha conta, ao 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/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.					
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 Contato da Empresa					