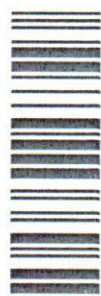




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 1 0 0 1 3 0 1 5 1 2

4-Data de Autorização 1 0 0 1 4 0 1 5 1 2

5-Será AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 11171723

7-Data Validade da Guia 1 0 0 1 1 0 1 8 1 2

8-Data Validade da Guia 1 0 0 1 1 0 1 8 1 2

1433928 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1 0 0 2 0 2 5 5 4 3 7 1 8 0 0 0 0 0 1 0

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EDVAGNER BARBOSA DA SILVA

16-Data de Nascimento 16/03/1985

14-Telefone

15-Endereço

17-Endereço

18-Endereço

19-Endereço

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aveniente a R/N ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

17-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

18-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

19-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

20-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

21-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

21-Código na Operadora : CNPJ / CPF 1 1 1 1 2 1 9 8 2 8 8 3

22-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

23-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

24-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

25-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

26-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

26-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

27-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

28-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

29-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

30-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

31-Endereço ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Titular	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Oid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Nome da Clínica	42- Assinatura
1	0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	14	1	7 3 1 0 1 0	0 1 0 1 0	11 5 1 6 1 0 5 1 1 0 2 3	5	1 6 1 0 5 1 1 0 2 3	EDVAGNER	EDVAGNER
2	0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	25	1	7 3 1 0 1 0	0 1 0 1 0	11 5 1 6 1 0 5 1 1 0 2 3	5	1 6 1 0 5 1 1 0 2 3	EDVAGNER	EDVAGNER
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Permissão Termino do Tratamento 16/11/05/11/23

44-Tipo de Atendimento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

45-Tipo de Faturamento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

46-Total Quantidade US 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

47-Valor Total R\$ 1 0 1 0 1 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 0 1 0 1 0

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 e referidos no 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 Assinatura da Empresa

54-Data local e Assinatura da Empresa

Cirurgião - Dentista

Cirurgião - Dentista

Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228

CRO - SP 123228

CRO - SP 123228