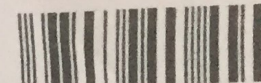


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1136604
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/2012	4-Data de Autorização 09/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10343311	7-Data Validade da Senha 08/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020254823110000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIO BRITO DA ROCHA		14-Telefone 30/03/1977	15-Nome do titular do plano FABIO BRITO DA ROCHA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179	22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL	23-Número no CRO 10506	24-UF BA	25-Código CNES 9417281	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES		27-Número no CRO 10506	28-UF BA	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			09/09/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 09/09/2012	44-Tipo de Atendimento 2-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) 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 09/09/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Ana Carolina Radio Logia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 09/09/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------