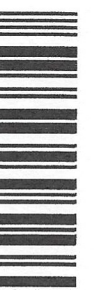


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/11 4-Data de Autorização 11/01/11 5-Sanha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 13179585 7-Data Validade da Sanha 10/04/10 2095254 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020251171622000011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RITA LUZINETE DE OLIVEIRA COSTA

14-Telefone (1211) 61857715677

15-Nome do titular do plano RITA LUZINETE DE OLIVEIRA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Identificante a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA DOS SANTOS SANTIAGO DIAS

18-Número no CRO 44764 19-UF RJ

20-Código CBO S 025- Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 018942018750 22-Nome do Contratado Executante LETICIA DOS SANTOS SANTIAGO DIAS

23-Número no CRO 44764 24-UF RJ

25-Código ONES

26-Nome do Profissional Executante LETICIA DOS SANTOS SANTIAGO DIAS

27-Número no CRO 44764 28-UF RJ

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
1-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	14,00	0,00			11/01/11	24	
2-												
3-1												
4-												
5-1												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 144,00 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 08/01/11 RITA LUZINETE DE OLIVEIRA COSTA 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/11 RITA LUZINETE DE OLIVEIRA COSTA 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/11 RITA LUZINETE DE OLIVEIRA COSTA 53-Data, local e Carimbo da Empresa

09/01/11 OK