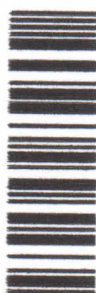


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/7/10 8/12/10	4-Data de Autorização 01/1/10 9/12/10	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7826695	7-Data Validade da Santa 12/5/11 1/2/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número de Carteira 10/02/02 5/21/71 6/10/00 0/01/01	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ROGIER BERALDO DA SILVA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ROGIER BERALDO DA SILVA	
16-Atendimento a RN ERWYN COVAUC		17-Nome do Profissional Solicitante ERWYN COVAUC		18-Número no CRO 104442	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33587423857		22-Nome do Contratado Escalante ERWYN COVAUC		23-Número no CRO 104442	
24-Nome da Profissional Escalante ERWYN COVAUC		25-Número na CRO 104442		26-Código CBO 8 SP	
27-Número na CRO 104442		28-UF SP		29-Código CBO 8 SP	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Atendimento
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2												
3												
4												
5												
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 Realização 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 10/21/10 8/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/21/10 9/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/21/10 9/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

365250
INTERCÂMBIO