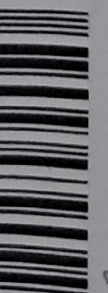


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



2582693
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414 3-Data de Emissão de Guia 11/08/12 5-Data de Autorização 11/08/12 5-Setor AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 14737708 7-Data Validade da Sanha 11/06/12 12/16

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 10/09/12 03/10/12 84219000117 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome FABIO ANTONIO ALMEIDA SERRA

13/06/1970

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 14-Telefone (21) 11111111

11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Data Validade da Sanha 11/06/12 12/16

15-Nome do titular do plano FABIO ANTONIO ALMEIDA SERRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE BISPO DE ALENCAR

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 192620833787 22-Nome do Contratado Excuente ELIANE BISPO DE ALENCAR

26-Nome do Profissional Excuente ELIANE BISPO DE ALENCAR

18-Número no CRO 16512 23-Número no CRO 16512 24-UF RJ 25-Código CNES 26-UF RJ 29-Código CBO S

19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glosa 42-Assinatura
1-0008100065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			18/12/12	165
2-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	14,00	0,00			18/12/12	46
3-0000000000											
4-0000000000											
5-0000000000											
6-0000000000											
7-0000000000											
8-0000000000											
9-0000000000											
10-0000000000											
11-0000000000											
12-0000000000											
13-0000000000											
14-0000000000											
15-0000000000											
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$						
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	1-1-Total 2-Parcial	174,00	0,00						

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 da 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 18/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa