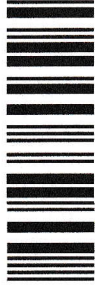


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



647061
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8898191	7-Data Validade da Senha 02/11/2011
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 002025407632000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAELA VITORIA SILVA AMORIM ATHAYDE				
14-Telefone () / /				
15-Nome do titular do plano RAFAELA VITORIA SILVA AMORIM ATHAYDE				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N ORTOTAL	17-Nome do Profissional Solicitante ORTOTAL	18-Número no CRO 32824	19-UF RJ	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 098114065722	22-Nome do Contratado Executante MARCOS PEDRO VIEIRA DA SILVA	23-Número no CRO 32824	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARCOS PEDRO VIEIRA DA SILVA	27-Número no CRO 32824	28-UF RJ	29-Código CBO S	30-Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000421-
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
30-Tabela 1-00181000065 2-001820000875 3-001810000421 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA EXODONTIA SIMPLES DE RX PERIAPICAL	33-Dente/Região 27 RMSE	34-Face 1 1 1	35-Qtd 1 1 1
36-Quantidade US		37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut S
40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	43-Total Franquia / Co-participação R\$	
44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 112100	47-Valor Total R\$ 000000
48-Data Previsto Término do Tratamento 04/08/2011				

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 04/08/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/08/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/08/2011
Odontol Clínica Odontológica Ltda. CNPJ: 40.550.996/0001-23 Av. Dr. Arruda Neireiros 245 Centro - São João de Meriti				