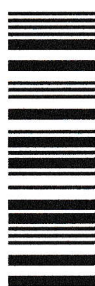


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/2011 4-Data de Autorização 12/06/2011 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8233773 7-Data Validade da Santa 12/06/2014/12/11

462017
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10102025339166600000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome GEOVANI SANTOS DA CONCEICAO 01/11/1992 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SILVONEI LIMA GALZA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 16305 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06619417523 22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 16305 24-UF BA 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 16305 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-Clc	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	0018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	161,00	0,00	0,00	0,00	12/06/2011	SSA	
2	0018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	161,00	0,00	0,00	0,00	12/06/2011	SSA	
3	0018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	161,00	0,00	0,00	0,00	12/06/2011	SSA	
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 Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 183,00 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 12/06/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/2011 x galza 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/06/2011 SSA