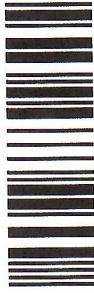




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



374309
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/10	4-Data de Autorização 09/11/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7866499	7-Data Validade da Sentença 11/11/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00201021025310217000001013		9-Plano POS REDE PRESTADORA		15-Nome do titular do plano ROSELI CORREIA DE LIMA DA SILVA			
13-Nome LETICIA CORREIA DA SILVA		14-Teléfono (11) 11111111		14-Telefone (11) 11111111			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CBO S 118811		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ		23-Número no CRO 118811		24-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4388223232803111		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ		25-Código CNES 118811		26-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ		27-Número no CRO 118811		28-UF SP		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 de Glosa	42-Assinatura
30-Tabella	31-Código do Procedimento										
1-0101811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		09/11/10	20	
2-0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00		09/11/10	20	
3-0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00		09/11/10	20	
4-0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00		09/11/10	20	
5-0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00		09/11/10	20	
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/09	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/09
---	---	---	---