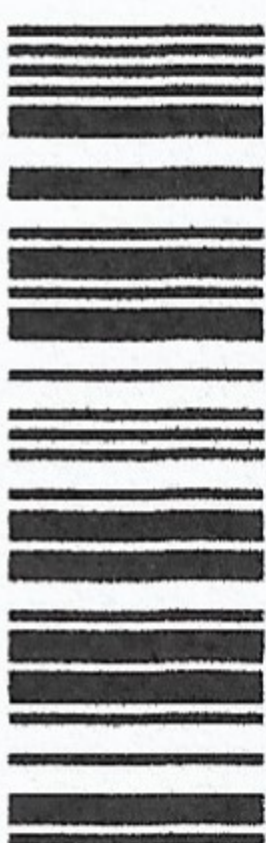




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



507267
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2013	4-Data de Autorização 12/04/2013	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8417533	7-Data Validade da Serinha 12/02/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202535941500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome GABRIELLE BIANCA RODRIGUES GONCALVES	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano THIAGO GONCALVES DE PAULA NOGUEIRA
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES	18-Número no CRO 48299	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10063378655	22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	23-Número no CRO 48299	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES	27-Número no CRO 48299	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	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 da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	25/03/2014		Thiago
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	25/03/2014		Thiago
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S	25/03/2014		Thiago
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	25/03/2014		Thiago
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	25/03/2014		Thiago
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cricotomia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 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 12/5/10 13/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/5/10 13/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/10 13/12/11 Thiago Gonçalves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	--	---