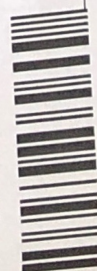




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/10 13/12/10	4-Data de Autorização 12/06/10 13/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7445531	7-Data Validade da Sentença 10/11/10 16/12/10
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 1002025211182000000000101	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 IVONE REZENDE GOULART	09/07/2068
----------------------------------	------------

14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano IVONE REZENDE GOULART	16-Data Validade do plano 025 -
--------------------	--	------------------------------------

17-Atendimento a RN TATHIANE MOREIRA DA SILVA	18-Número no CRO 125515	19-UF SP	20-Código CBO S Faturar Empresa
--	----------------------------	-------------	------------------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1396112062870	22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA	23-Número no CRO 125515	24-UF SP	25-Código CNES 26-Código CBO S
--	---	----------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA	27-Número no CRO 125515	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Clid		36-Quantidade	
30-Tabela										31-Código do Procedimento									
1-0081000065										CONSULTA ODONTOLÓGICA									
2-1																			
3-1																			
4-1																			
5-1																			
6-1																			
7-1																			
8-1																			
9-1																			
10-1																			
11-1																			
12-1																			
13-1																			
14-1																			
15-1																			
43-Data Previsto Término do Tratamento										44-Tipo de Atendimento									
1-																			

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 no 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante 04/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Quilombo Dentista 04/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/2011	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 04/10/2011
--	--	---	--