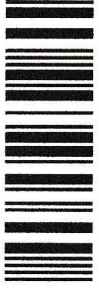




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

458617
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 12/01/11/12/11
 4-Data de Autorização 12/01/11/12/11
 5-Serinha AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 8215137
 7-Data Validade da Serinha 12/01/11/12/11

Dados do Beneficiário
 8-Número da Carteira 100120125317234000100103
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANDRE SOUZA DE OLIVEIRA
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano ROSANIA TEREZA ALVES DE QUEIROZ
 20-Código CBO S
 21-Código no CRD 16305
 22-UF BA
 23-Código CNES 16305
 24-UF BA
 25-Código CBO S
 26-UF BA
 27-Código CBO S

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
 16-Atendimento a RN SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA
 17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1066191417523
 22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA
 23-Número no CRD 16305
 24-UF BA
 25-Código CNES 16305
 26-UF BA
 27-Número no CRD 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-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Cc-participação R\$ 39-Aut. 40-Data de Realização 41-Motivo da Closs 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Cc-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Closs 42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	28	1	1	73,00	0,00			23/10/11	André
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	25	1	1	73,00	0,00			23/10/11	André
3	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	24	1	1	73,00	0,00			23/10/11	André
4	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	23	1	1	73,00	0,00			23/10/11	André
5	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	22	1	1	73,00	0,00			23/10/11	André
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento
 44-Tipo de Atendimento
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 365,00
 47-Valor Total R\$ 365,00
 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), (foram realizados) 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 12/10/11/11
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/11/11
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável André S. de Oliveira SSA
 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/11/11 SSA