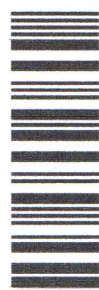


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



428579
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/6/11 11/2/0 4-Data de Autorização 12/8/11 11/2/0 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8093177 7-Data Validade da Sentença 12/4/11 02/12/11

8-Número da Carteira 0101202533837900000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

13-Nome TATIANE APARECIDA SANTOS DA SILVA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano TATIANE APARECIDA SANTOS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 112913 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1081529996160 22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 112913 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 112913 28-UF SP 29-Código CBO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faço	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guisa	42- Assinatura
1- 0	0	8	1	0	0	0	3	0				
2- 1	0	0	1	0	0	0	3	0				
3- 1	0	0	1	0	0	0	3	0				
4- 1	0	0	1	0	0	0	3	0				
5- 1	0	0	1	0	0	0	3	0				
6- 1	0	0	1	0	0	0	3	0				
7- 1	0	0	1	0	0	0	3	0				
8- 1	0	0	1	0	0	0	3	0				
9- 1	0	0	1	0	0	0	3	0				
10- 1	0	0	1	0	0	0	3	0				
11- 1	0	0	1	0	0	0	3	0				
12- 1	0	0	1	0	0	0	3	0				
13- 1	0	0	1	0	0	0	3	0				
14- 1	0	0	1	0	0	0	3	0				
15- 1	0	0	1	0	0	0	3	0				

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 34 47-Valor Total R\$ 10,00 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: 50/11/11 11/25 Suelen Mezzette de Oliveira 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 50/11/11 11/25 Suelen Mezzette de Oliveira 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 50/11/11 11/25 Suelen Mezzette de Oliveira 53-Data, local e Assinatura da Empresa: 50/11/11 11/25 Suelen Mezzette de Oliveira