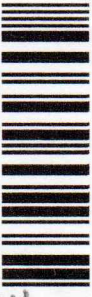




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



328

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2011	4-Data de Autorização 12/10/2011	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8199835	7-Data Validade da Sentença 11/05/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

454619
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01020253384620000101	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 DIEGO DOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano DIEGO DOS SANTOS
-----------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alienação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO
18-Número no CRO 41157	19-UF MG
20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1312938498810	22-Nome do Contratado Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	23-Número no CRO 41157	24-UF MG	25-Código CNES Envia - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO JULIO FRAGOSO NETTO	27-Número no CRO 41157	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glisa		42-Assinatura	
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 Glisa	42-Assinatura							
1-010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00						<i>21/06/21</i>							
2-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00						<i>21/06/21</i>							
3-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00						<i>21/06/21</i>							
4-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00						<i>21/06/21</i>							
5-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00						<i>21/06/21</i>							
6-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	OD	1	1	88,00						<i>21/06/21</i>							
7-010	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	OD	1	1	88,00						<i>21/06/21</i>							
8-1												<i>21/06/21</i>							
9-1												<i>21/06/21</i>							
10-1												<i>21/06/21</i>							
11-1												<i>21/06/21</i>							
12-1												<i>21/06/21</i>							
13-1												<i>21/06/21</i>							
14-1												<i>21/06/21</i>							
15-1												<i>21/06/21</i>							
43-Data Prevista Término do Tratamento										44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Tipo de Faturamento		48-Tipo de Faturamento	
										☐ 1-Tratamento Odontológico		☐ 1-Total		☐ 2-Parcial		☐ 3-Total		☐ 4-Parcial	
										☐ 1-Tratamento Odontológico		☐ 1-Total		☐ 2-Parcial		☐ 3-Total		☐ 4-Parcial	

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 solicitante 12/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2011	53-Data, local e Cartão da Empresa 12/10/2011
---------------	---	---	---	--

Coordenadora
Odontológicos S.S. Ltda
21.414.706.000-105