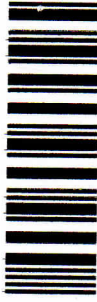


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



808051
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 01/07/2012
4-Data de Autorização 01/07/2012
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 9375922
7-Data Validade da Senha 01/07/2013

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102020254315330000000101
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALEXSANDER TEIXEIRA DA SILVA
14-Telefone
15-Nome do titular do plano ALEXSANDER TEIXEIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante CROM CENTRO DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA DE MOSSORO
18-Número no CRO 3792
19-UF RN
20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01395253439
22-Nome do Contratado Executante BRUNO ARISTOTELES NEGREIROS MOTA
23-Número no CRO 3792
24-UF RN
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BRUNO ARISTOTELES NEGREIROS MOTA
27-Número no CRO 3792
28-UF RN
29-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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-Jul	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1	010181100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00	0,00		01/07/2012	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
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

BRUNO NEGREIROS

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa