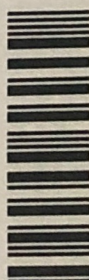


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/05 4-Data de Autorização 10/09/06 5-Senha AUTORIZADO 8606730 6-Número da Guia Principal 556951 7-Data Validade da Senha 11/08/12 8-Intercâmbio

556951
INTERCÂMBIO

9-Número da Carteira 10/02/02 11/05/03 12/05/04 13/05/05 14/05/06 15/05/07 16/05/08 17/05/09 18/05/10 19/05/11 20/05/12

21-Plano POS REDE PRESTADORA

22-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

23-Data Validade da Carteira 11/01/11

24-Número do Cartão Nacional de Saúde

25-Nome GUSTAVO FERREIRA DE MORAES

11/05/1990

26-Telefone (11) 1111-1111

27-Nome do titular do plano GUSTAVO FERREIRA DE MORAES

28-Alteração a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA

18-Número no CRO 125515

19-UF SP

20-Código CBO S

025-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13/09/01/20/06/28/70

22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA

23-Número no CRO 125515

24-UF SP

25-Código CBO S

Faturar Empresa Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA

27-Número no CRO 125515

28-UF SP

29-Código CBO S

(1) 85100200

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fase	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura	
1-10	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	18,80	10,00	10,00	10,00	10/10/21			
2-10	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	16,10	10,00	10,00	10,00	10/10/21			
3-10	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	16,10	10,00	10,00	10,00	10/10/21			
4-10													
5-10													
6-10													
7-10													
8-10													
9-10													
10-10													
11-10													
12-10													
13-10													
14-10													
15-10													
3-Data Previsto Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento			45-Tipo de Faturamento			46-Total Quantidade US			47-Valor Total R\$	
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 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo de Emenda

54-Data, local e Carimbo de Emenda