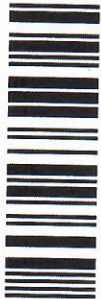


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/11 11/12/11	4-Data de Autorização 11/11/11 12/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8047069	7-Data Validade da Senha 11/10/12 11/12/11	417581 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 0002020253304710000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KELEN CALVINO PINTO	13-Data 23/02/1985	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano KELEN CALVINO PINTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		18-Número no CRO 26161		19-UF RS		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1841576537091		22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		23-Número no CRO 26161		24-UF RS		25-Código CNES		Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA		27-Número no CRO 26161		28-UF RS		29-Código CBO S					

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 Glosa 42-Assinatura
1-0001810000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	17	OD	1	34,00	0,00	0,00		11/11/11	BRUNA OLIVEIRA
2-0001851000200		RESTAURAÇÃO RESINA	26		1	88,00	0,00	0,00		11/11/11	BRUNA OLIVEIRA
3-0001820000875		EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00	0,00		11/11/11	BRUNA OLIVEIRA
4-0001820000875		EXODONTIA SIMPLES DE			1	73,00	0,00	0,00		11/11/11	BRUNA OLIVEIRA
5-0001820000875											
6-0001820000875											
7-0001820000875											
8-0001820000875											
9-0001820000875											
10-0001820000875											
11-0001820000875											
12-0001820000875											
13-0001820000875											
14-0001820000875											
15-0001820000875											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 268,00	47-Valor Total R\$	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 no 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 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 BRUNA OLIVEIRA	51-Data Local e Assinatura do Profissional Dentista BRUNA OLIVEIRA	52-Data Local e Assinatura do Paciente / Responsável KELEN CALVINO PINTO	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	-------------------------------------