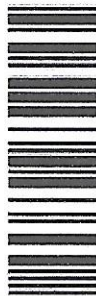


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



437688
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/07/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8131618	7-Data Validade da Senha 10/09/11 03/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
8-Número da Carteira 10020120253289090000000101021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome LAYS DE OLIVEIRA CARDOSO		14-Teléfono (111) 11111111	
15-Data 23/09/1989		16-Nome do titular do plano JOAQUIM PEREIRA DA SILVA JUNIOR		17-Nome do Profissional Solicitante IRANI XAVIER DE SOUZA		18-Número no CRO 9636	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento IRANI XAVIER DE SOUZA		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131811816031911014		22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		23-Número no CRO 9636	
24-Código do Procedimento 31-Código do Procedimento		25-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		26-Código CBO S 9636	

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 Guia 42-Assinatura
1-0	0181100000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	11/07/11	11/07/11
2-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/07/11	11/07/11
3-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/07/11	11/07/11
4-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/07/11	11/07/11
5-0	0181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/07/11	11/07/11
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11178,00	47-Valor Total R\$ 11178,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11178,00
---	--	---	------------------------------------	--------------------------------	---

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.

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/07/11 11/07/11		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/11 11/07/11		52-Data, local e Assinatura do Operador da Empresa 11/07/11 11/07/11	
---------------	--	--	--	--	--	---	--

Odontolife - Sociedade
CNPJ - 07.96938