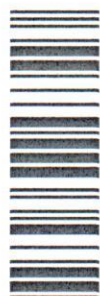




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1433926
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 10/13/01/5121 4-Data de Autorização 10/14/01/5121 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11171719 7-Data Válida da Sentia 10/11/01/8121

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020215515048000010 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Válida da Carteira 11/11/11/11

13-Nome ANDRE LUIZ PITANGA

03/07/1976

14-Telefone (11) 11111111

15-Nome do titular do plano ANDRE LUIZ PITANGA

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

18-Número no CRO 123228

19-UF SP

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111121982883 22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

23-Número no CRO 123228

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO

27-Número no CRO 123228

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Descrição	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- Moeda da Glosa	42- Assinatura
1	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 1 0 1 0	11	0 1 0 0 1 1	1	10/05/123	1	10/05/123
2	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 1 0 1 0	11	0 1 0 0 1 1	1	10/05/123	1	10/05/123
3	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 1 0 1 0	11	0 1 0 0 1 1	1	10/05/123	1	10/05/123
4	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 1 0 1 0	11	0 1 0 0 1 1	1	10/05/123	1	10/05/123
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 08/05/123 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 144100 47-Valor Total R\$ 0100 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 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 04/10/05/123 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/05/123 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/05/123 53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/10/05/123

Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228

Cirurgião - Dentista
CRO - SP 123228