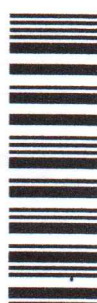




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2012	4-Data de Autorização 10/08/2012	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7688704	7-Data Validade da Serção 10/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

335551
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 100202530692400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13/02/2000
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

GUIA
CONCLUIDA

13-Nome CRISTIAN BRAZAO DA SILVA	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano CRISTIAN BRAZAO DA SILVA
16-Atendimento a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 913894813253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563
26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563	28-UF AP
29-Código CBO S		

205 -
Faturar Empresa

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	08/07/12		CRISTIAN
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	08/07/12		CRISTIAN
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S	08/07/12		CRISTIAN
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	08/07/12		CRISTIAN
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	08/07/12		CRISTIAN
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61,00	0,00		S	08/07/12		CRISTIAN
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	08/07/12		CRISTIAN
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	08/07/12		CRISTIAN
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	08/07/12		CRISTIAN
10-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	08/07/12		CRISTIAN
11-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	08/07/12		CRISTIAN
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 1540,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,11
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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 a 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 08/07/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Paciente / Responsável 08/07/12	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
---	---	---	--

CRISTIAN BRAZAO DA SILVA