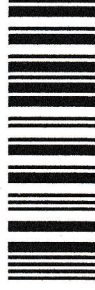


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

497594
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/03/12		4-Data de Autorização 13/03/12		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8381232		7-Data Validade da Senha 10/06/12	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 002020253633400000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		15-Nome do titular do plano RENE JORGE CAVALCANTE DOS SANTOS			
13-Nome YVONE MARIA OLIVEIRA DE LIMA		19/04/1959		14-Telefone							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 16305		19-UF BA		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06619417523		22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 16305		24-UF BA		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 16305		28-UF BA		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		44		V		1		61000	
2-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		45		V		1		61000	
3-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		16		V		1		61000	
4-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		21		P		1		61000	
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Valor Total R\$		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11		1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		10100	

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 12/03/12		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/03/12		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/12		53-Data, local e Carimbo da Empresa SSA	
---	--	---	--	---	--	--	--