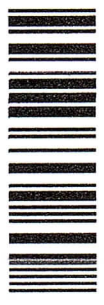




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2010	4-Data de Autorização 11/06/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8301017	7-Data Validade da Senha 11/05/2011	477589 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 000202534343000010103	3-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-Nome ALLAN FAUSTINO MINGOTTI						
14-Teléfono (11) 11111111						
15-Nome do titular do plano ANA PAULA FAUSTINO						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	18-Número no CRO 94101	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11715161288897	22-Nome do Contratado, Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		23-Número no CRO 94101	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	27-Número no CRO 94101		28-UF SP	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Cuantidade US
1-000810100065		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00
2-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00
3-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00
4-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00
5-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00
6-0008400090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR	1	1	1	72,00
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsão Término do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Total Quantidade US						
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 pagar a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, toda e qualquer taxa ou custo que assinar este 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 11/06/2010	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2010
52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arca 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, toda e qualquer taxa ou custo que assinar este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.	
53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arca 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, toda e qualquer taxa ou custo que assinar este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.	
54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arca 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, toda e qualquer taxa ou custo que assinar este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.	

CRO 94101

Av. São João, 473 - Ponte São João

Unidade - SP tel: 4520-3559