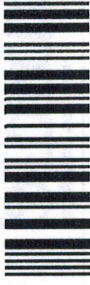




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



384318
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 12/08/09 11/20	4-Data de Autorização 12/09/09 11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7910793	7-Data Validade da Senha 12/11/12 11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 1002102252052990000101	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-Nome PEDRO HENRIQUE BIANCHI					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano PEDRO HENRIQUE BIANCHI					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Mendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VITAE ODONTO	18-Número no CRO 84090	19-UF SP	20-Código CBO S 10	25-Código CNES 24-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 1702261989110011	22-Nome do Contratado Exequente TACYANE PETROLI ALBERICI	23-Número no CRO 84090	24-UF SP	25-Código CNES 29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Exequente TACYANE PETROLI ALBERICI					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd
1-00181101000651		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3400	0100
2-010853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3600
3-010853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3600
4-010853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3600
5-010853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3600
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
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 1-1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 1178100					
47-Valor Total R\$ 0000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					

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(ram) 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 13/01/09 11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/09 11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/09 11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---