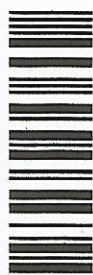




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



492983

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/06/2013	4-Dia de Autorização 10/08/2013	5-Semina AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 8362996	7-Dia Validado da Semina 10/04/2013
--------------------------	--	------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

6-Número da Carteira 0101201251362115191010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validado da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome LETICIA CRISTINA DA SILVA CIPRIANO	24/09/1994	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LETICIA CRISTINA DA SILVA CIPRIANO
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE RIBEIRO DE FREITAS NETO	18-Número no CRO 38732	19-UF SP	20-Código CBO S 025
--------------------------	---	---------------------------	-------------	------------------------

21-Código no Operador / CNPJ / CPE 00619927911869	22-Nome do Contratado/Executante JOSE RIBEIRO DE FREITAS NETO	23-Número no CRO 38732	24-UF SP	25-Código CNES 38732
--	--	---------------------------	-------------	-------------------------

26-Nome do Profissional Executante JOSE RIBEIRO DE FREITAS NETO	27-Número no CRO 38732	28-UF SP	29-Código CBO S 38732
--	---------------------------	-------------	--------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	1,00	0,00	0,00	03/12/11		Letícia C. Cipriano
2	010	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	1,00	0,00	0,00	03/12/11		Letícia C. Cipriano
3	010	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	1,00	0,00	0,00	03/12/11		Letícia C. Cipriano
4	010	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	0	1	1,00	0,00	0,00	03/12/11		Letícia C. Cipriano
5	010	8401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00	0,00	03/12/11		Letícia C. Cipriano
6	010	8401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00	03/12/11		Letícia C. Cipriano
7	010	8401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00	0,00	03/12/11		Letícia C. Cipriano
8	010	8401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00	0,00	03/12/11		Letícia C. Cipriano
9	010	8110100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00	0,00	03/12/11		Letícia C. Cipriano
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 418,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---------------------------------------	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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.

Assinatura do Beneficiário

50-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 05/11/2013, 22:00, Letícia C. Cipriano	51-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 05/11/2013, 22:00, Letícia C. Cipriano	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 05/11/2013, 22:00, Letícia C. Cipriano	53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 05/11/2013, 22:00, Letícia C. Cipriano
--	--	--	--

Letícia C. Cipriano

Letícia C. Cipriano

Letícia C. Cipriano

Letícia C. Cipriano