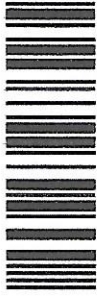


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

503068
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/03/2011	4-Data de Autorização 01/04/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8401141	7-Data Validade da Senha 16/06/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00020253599600000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome MARCOS ANTONIO OLIVEIRA RIBEIRO		14-Telefone () 93386770	
15-Nome MARCOS ANTONIO OLIVEIRA RIBEIRO		16-Data de Nascimento 28/11/1981		17-Nome do Titular do plano SOLINEIDE BATISTA DE OLIVEIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9636		19-UF DF		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN IRANI XAVIER DE SOUZA		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38186039104		22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		23-Número no CRO 9636	
24-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		25-Código CNES		26-UF DF		27-Número no CRO 9636	
28-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		29-Código CBO S		30-UF DF			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 Guia 42-Assinatura
1	01081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00	0,00		10/04/2011	Marcos
2	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36,00	0,00	0,00		10/04/2011	Marcos
3	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36,00	0,00	0,00		10/04/2011	Marcos
4	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36,00	0,00	0,00		10/04/2011	Marcos
5	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36,00	0,00	0,00		10/04/2011	Marcos
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 1178,00	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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/04/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/04/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/04/2011	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/04/2011
---	---	---	--