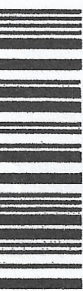


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 09/12/10	4-Data de Autorização 12/06/11 10/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7948077	7-Data Validade da Sentença 10/07/11 01/12/11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

393337
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0101210125275996000010101012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAYTON CAMPOS VALENTIM DE MORAES	15/05/2005	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano AMANDA CAMPOS MASCARENHAS DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA	18-Data de Nascimento 18/09/1962	19-CPF 08271151111	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18191962198271151111	22-Nome do Contratado Exatante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA	23-Número no CRC 16213	24-UF RJ	25-Código CNES RJ
---	---	---------------------------	-------------	----------------------

26-Nome do Profissional Exatante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA	27-Número no CRC 16213	28-UF RJ	29-Código CBO S	
---	---------------------------	-------------	-----------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0	01851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	6,1,0,0	0,0,0,0	5,29,10,20				<i>afonso</i>
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
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 12/09/11 10/11/10 44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 6,1,0,0 47-Valor Total R\$ 0,0,0,0 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 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), todoforam 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 12/09/11 10/11/10 Wiliane	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/09/11 10/11/10 Wiliane	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/11 10/11/10 Amanda Campos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---