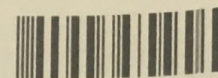




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

389652
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2010	4-Data de Autorização 19/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7932491	7-Data Validade da Senha 03/10/11/211
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532447900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSÂNGELA SOUSA LIMA DE FRANCA		14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano ROSÂNGELA SOUSA LIMA DE FRANCA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INGRID TRANHAQUE SANTOS		18-Número no CRO 42998	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14854222727		22-Nome do Contratado Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS		23-Número no CRO 42998	24-UF RJ
25-Código CNES		26-Código CBO S			
29-Nome do Profissional Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS					
27-Número no CRO 42998					
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-Qtd
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400000000
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3600000000
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3600000000
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3600000000
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3600000000
6-0000000000					
7-0000000000					
8-0000000000					
9-0000000000					
10-0000000000					
11-0000000000					
12-0000000000					
13-0000000000					
14-0000000000					
15-0000000000					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
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 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 19/11/2010		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2010		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2010	
53-Data, local e Carimbo da Empresa		54-Data, local e Carimbo da Empresa			