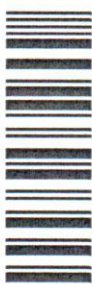


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



345499
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 7/12/0 4-Data de Autorização 12/7/10 7/12/0 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7734846 7-Data Validade da Senha 12/2/11 0/12/0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025297400000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome JULIANA RICARDO 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Senha 12/2/11 0/12/0 15-Nome do titular do plano JULIANA RICARDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 18-Número no CRO 123228 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1111219182883 22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 23-Número no CRO 123228 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MESQUITA CONSTANTINO 27-Número no CRO 123228 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	61,00	10,00			12/9/10 7/12/0		Juliana Ricardo
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto 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\$							
12/9/10 7/12/0	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1 Total 2-Parcial	61,00	10,00								

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 12/9/10 7/12/0 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/9/10 7/12/0 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/9/10 7/12/0 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/9/10 7/12/0