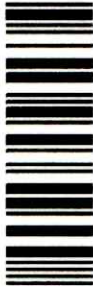




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

395136
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2010 10:20	4-Data de Autorização 11/06/2010 10:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7955299	7-Data Validade da Senha 11/10/2011 12:11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002020253269220000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome GLAUCO MAGALHAES VIANA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano GLAUCIA MARIA MAGALHAES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ERICA SILVA DO NASCIMENTO	18-Número no CRO 45734	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11365131616775	22-Nome do Contratado Executante ERICA SILVA DO NASCIMENTO	23-Número no CRO 45734	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ERICA SILVA DO NASCIMENTO	27-Número no CRO 45734	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Tabela 1-001810000065	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Ciód 34	36-Quantidade US 000	37-Valor 000	38-Franquia/Co-participação R\$ 000	39-Aut S	40-Data de Realização 10/10/2010	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura x
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 Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 3400	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000
--	--	---	--------------------------------	---------------------------	--

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 12/01/10/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/10/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/10/10/2010	53-Data, local e Câmbio da Empresa 11/11/11
---	---	---	--