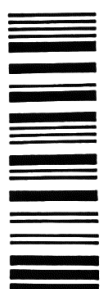


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 5-Data de Autorização 10/2/10 6-Número da Guia Principal 7599675 7-Data Validade da Guia 12/7/10 8-Data Validade da Guia 12/2/10

9-Data de Beneficiário

6-Número da Carteira 10/02/02 5-2 11 8 2 10 0 0 0 0 1 1 0 2 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RODRIGO ALMEIDA GONCALVES 20/04/1972 14-Telefone 15-Nome do titular do plano IVONE REZENDE GOULART

16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 18-Número no CRO 125515 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CFC 13 9 6 1 2 0 6 2 8 7 0 22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 23-Número no CRO 125515 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA 27-Número no CRO 125515 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-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 Glosa	42-Assinatura
1-101018511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	1	161,100	10,100	10,100	10,100	10,100		10/2/10
2-101018511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	1	161,100	10,100	10,100	10,100	10,100		10/2/10
3-101018511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	1	161,100	10,100	10,100	10,100	10,100		10/2/10
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 44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1813,100 47-Valor Total R\$ 10,100 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 no 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

Dra. Tathiane Moreira da Silva

Cirurgia Dentista

CRO/SP 125515

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/2/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/2/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/2/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/2/10