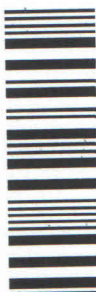




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



856677
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2012	4-Data de Autorização 12/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9520563	7-Data Validade da Guia 12/08/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010201254205411010101010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome IVONE MARTINS CANDIDO	29/07/1974	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano IVONE MARTINS CANDIDO
----------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	18-Número no CRO 109393	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14181614588411	22-Nome do Contratado Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	23-Número no CRO 109393	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	27-Número no CRO 109393	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			28 JAN 2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Término do Tratamento 11/12/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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(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 28 JAN 2012 Rosário Lizeth Mamani Calle	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28 JAN 2012 Rosário Lizeth Mamani Calle	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28 JAN 2012 IVONE MARTINS CANDIDO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28 JAN 2012
--	--	--	--

Emissor: Odontologia Ltda - ME
CNPJ: 10.606.270/0002-52