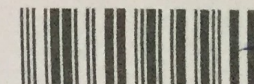


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1092427

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 08/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10221451	7-Data Validade da Senha 06/11/2012
Dados do Beneficiário			2-Nº		
8-Número da Carteira 00202548306900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELENICE NUNES DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELENICE NUNES DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179		22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL	23-Número no CRO 10506	24-UF BA	25-Código CNES 9417281
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES			27-Número no CRO 10506	28-UF BA	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

30-Tabela	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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/10/2012	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 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

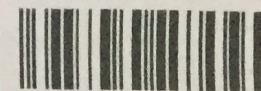
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 08/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2012	52-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1280792
INTERCÂMBIO

1-Registro ANG 406414	3-Data de Emissão da Guia 3/01/12/21	4-Data de Autorização / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 1280792	7-Data Validade da Senha 3/01/03/23
8-Número da Carteira 000202548306900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELENICE NUNES DOS SANTOS		14-Telefone 14/04/1983	15-Nome do titular do plano ELENICE NUNES DOS SANTOS		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 126402304000179		22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL		23-Número no CRO 10506	24-UF BA
25-Código CNES 9417281		26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES		27-Número no CRO 10506	28-UF BA
29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 78,00	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: Protocolo: 4064142022 1212000310

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