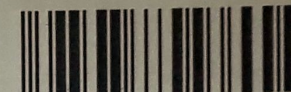


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1379106
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/2013	4-Data de Autorização 24/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11013473	7-Data Validade da Senha 18/10/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020255302410000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALINE MORAIS DA SILVA		14-Telefone 26/08/1981	15-Nome do titular do plano ALINE MORAIS DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RAFAELA DE MENEZES DOS ANJOS SANTOS	18-Número no CRO 2616	19-UF SE	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2606260000194	22-Nome do Contratado Executante CLINICA SOCORRODONGO LTDA	23-Número no CRO 2616	24-UF SE	25-Código CNES 9154760	
26-Nome do Profissional Executante RAFAELA DE MENEZES DOS ANJOS SANTOS		27-Número no CRO 2616	28-UF SE	29-Código CBO S	

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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			24/10/2013		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			24/10/2013		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			24/10/2013		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			24/10/2013		
5-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			24/10/2013		
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 178,00	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 24/10/2013 Rafaela Menezes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2013 Rafaela Menezes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/2013
---	---	---	---

Dra. Rafaela Menezes
CRO 2616