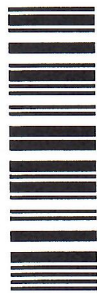




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



413990  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
0 5 / 0 2 / 2 1

6-Número da Guia Principal  
8032009

5-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
1 7 / 1 1 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia  
0 7 / 1 1 / 2 0

1-Registro ANS  
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira  
0 0 2 0 2 5 2 7 3 7 5 2 0 0 0 0 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  
JORGE GONZAGA DA SILVA

14-Teléfono  
( ) / /

15-Nome do titular do plano  
ROSIENE FERREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ

18-Número no CRO  
118811

19-UF  
SP

20-Código CBO S  
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
4 3 8 8 2 2 3 2 8 0 3

22-Nome do Contratado Executante  
JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ

23-Número no CRO  
118811

24-UF  
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante  
JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ

27-Número no CRO  
118811

28-UF  
SP

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-                                              | 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA | 15                        | V            | 1               | 1       | 1      | 16               | 1 0 0    | 0                               | 0      | 1 1 / 1 2 0           |                                  |
| 2-                                              | 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0 | RESTAURAÇÃO RESINA | 27                        | OM           | 1               | 1       | 1      | 8                | 8 0 0    | 0                               | 0      | 1 1 / 1 2 0           |                                  |
| 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  
1 4 9 0 0

47-Valor Total R\$  
0 0 0 0

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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
12/4/11 11/20

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
12/4/11 11/20

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
12/4/11 11/20

53-Dia, local e Carimbo da Empresa  
12/4/11 11/20