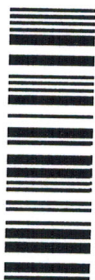


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ºº



406172
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
2-Data de Emissão da Guia 12/11/2012
3-Semana AUTORIZADO
4-Data de Autorização 10/3/11
5-Número da Guia Principal 8000852
6-Data Validade da Semana 12/5/11
7-Data Validade da Guia 12/5/11

8-Número da Carteira 1002021532775000000101
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JULIA YASMIN DOS ANJOS SILVA
14-Telefone ()
15-Nome do Bulvar do Plano JULIA YASMIN DOS ANJOS SILVA
16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante DANDARA MOTA GOMES
18-Número no CRO 7692
19-UF MT
20-Código CRO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 104674672180
22-Nome do Contratado Executante DANDARA MOTA GOMES
23-Número no CRO 7692
24-UF MT
25-Código CNES 025 -
26-Nome do Profissional Executante DANDARA MOTA GOMES
27-Número no CRO 7692
28-UF MT
29-Código CRO S 025 -
30-Faturar Empresa Enviar - RX
31-Envio 85100200
32-Envio 85100200

33-Descrição
34-Diagnóstico
35-Face
36-Cid
37-Valor
38-Frangquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diagnóstico	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frangquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OD	1	88,00	0,00	0,00	0,00	03/11/2012	requisito	
2-0	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OM	1	88,00	0,00	0,00	0,00	03/11/2012	requisito	
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Prevista Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Total Quantidade US
47-Valor Total R\$
48-Total Frangquia / 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 n(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Data, local e Assinatura do Responsável