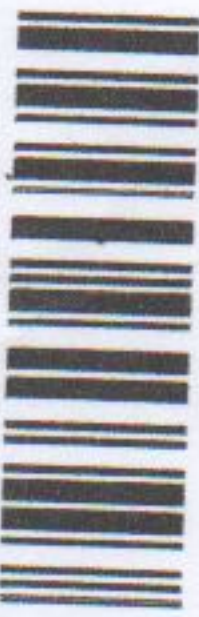


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1098082
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 18:12:21		5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO		6-Número da Guia Principal 10237308		7-Data Validade da Senha 10/19/11 11:12:21	
8-Número da Carteira 10102102547362200000001031		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 PASCOALINO CORREA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano DAIANE CORREA		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante TAINARA MARIA BRITO GARCIA NASCIMENTO	
18-Número no CRO 133470		19-UF SP		20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 140852666000192		22-Nome do Contratado Excutante TAINARA MARIA BRITO GARCIA NASCIMENTO	
23-Número no CRO 133470		24-UF SP		25-Código CNES 9999999		26-Nome do Profissional Excutante TAINARA MARIA BRITO GARCIA NASCIMENTO		27-Número no CRO 133470	
28-UF SP		29-Código CBO S		30-Valor 025 - Faturar Empresa		31-Código do Procedimento		32-Descrição	
33-Dente-Região HAID		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		1		1		1		1	
2		2		2		2		2	
3		3		3		3		3	
4		4		4		4		4	
5		5		5		5		5	
6		6		6		6		6	
7		7		7		7		7	
8		8		8		8		8	
9		9		9		9		9	
10		10		10		10		10	
11		11		11		11		11	
12		12		12		12		12	
13		13		13		13		13	
14		14		14		14		14	
15		15		15		15		15	
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$	
11/11/08 11:12:21		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		1-Total 2-Parcial		10,10,10	
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 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.									
48-Observação									
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante									
11/11/08 11:12:21									
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista									
11/11/08 11:12:21									
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável									
11/11/08 11:12:21									
53-Data, local e Carimbo da Empresa									
11/11/08 11:12:21									