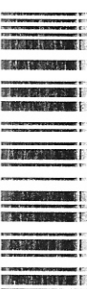




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro AINS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/09/10

4-Data de Autorização
11/09/10

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7969574

7-Data Validade da Sentença
11/07/11

398658
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00020125313661000011011

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
FERNANDA SOUZA DE ALMEIDA

06/11/1990

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
FERNANDA SOUZA DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
CONTACT DENTAL

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA PATRICIA CECE DELAFIORI

18-Número no CRO
69457

19-UF
SP

20-Código CBO S
03

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1174101914877

22-Nome do Contratado Executante
ANA PATRICIA CECE DELAFIORI

23-Número no CRO
69457

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ANA PATRICIA CECE DELAFIORI

27-Número no CRO
69457

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-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	01810010049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
2-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
34,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custo 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
11/11/10/2010
Dra. Ana Patricia Cecce Delafiori

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/10/2010
Cirurgiã Dentista
CROSP 69457

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável
11/11/10/2010
FERNANDA SOUZA DE ALMEIDA SP

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
11/11/10/2010
RUA BERTIOGA, 22 - PCA DA MOREIRA
SÃO PAULO - SP / CROSP 17.229