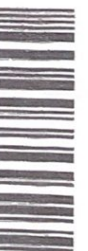




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



627968
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/07 12:11	4-Data de Autorização 12/11/07 12:11	5-Setor AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8840289	7-Causa da Vóluta do Sente 119/110/1211										
8-Número da Carteira 000210212538656000000010101	9-Prévio POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data de Vóluta da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome FELIPE DA SILVA PRADO	14-Telefone () () () () () ()	15-Nome do titular do plano FELIPE DA SILVA PRADO	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROC RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 35532	19-UF MG	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0515148191813	22-Nome do Contribuinte Exatante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES	23-Número no CRO 35532	24-UF MG	25-Código CIE/S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405			
26-Nome do Profissional Exatante LUIZ RENATO RODRIGUES FERNANDES	27-Número no CRO 35532	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Data de Realização 12/11/07	31-Código do Procedimento 1-01018101014015	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Diagnóstico 1	34-Fase 1	35-Cód 781010	36-Quantidade US 1	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut 0,00	40-Diário de Realização 12/11/07	41-Montagem 280961,15
42-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	43-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	44-Escaneamento Radiológico	45-Escaneamento Radiológico	46-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	47-Total Quantidade US 781010	48-Total Quantidade R\$ 0,00	49-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	50-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data local e Assinatura do Sítio 12/11/07	52-Data local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 12/11/07	53-Data local e Assinatura de Empresa 12/11/07				
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(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-Comprovante															