



1-Região ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 17/08/2013 4-Data de Autorização 18/08/2013 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11572301 7-Data Validade da Sanha 15/11/2013

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202549950800000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número da Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RITA DE CASSIA ARANHA NUCCI 02/08/1971 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano ANDRE LUIS NUCCI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solidante CLAUDIA DA SILVA BARBOSA 18-Número no CRO 113614 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4580885000110 22-Nome do Contratado Executante CSB SERVICOS DE ODONTOLOGIA LTDA 23-Número no CRO 113614 24-UF SP 25-Código CNES 9999999 26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA DA SILVA BARBOSA 27-Número no CRO 113614 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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	44,00	0,00		S			
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	161,00	0,00		S			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 205,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 no 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 assine 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 03/10/2013 Dra. Claudia da Silva Barbosa Cirurgião Dentista CRO 113614 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 03/10/2013 Pae CA, Pae 03/10/2013 Dra. Claudia da Silva Barbosa Cirurgião Dentista CRO 113614 53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/10/2013