



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 8/12/01 4-Data de Autorização 10/7/10 8/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50182413 7-Data Validade da Senha 10/5/11 11/2/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 3 7 10 0 0 0 1 6 2 4 5 3 6 1 9 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIVERSO CANINO CO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004626177982

13-Nome ALICE BATISTA IANELLI 12/04/2009 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano ARTHUR CARDOSO IANELLI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 24440 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 0 5 9 6 2 8 8 7 1 9 22-Nome do Contratado Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 24440 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 26-Nome do Profissional Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 24440 28-UF RJ 29-Código CBO S (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Causa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------|--------------------|---------|--------|------------------|-----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0 | 0 | 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA | 16 | 0 | 1 | 16 1 10 0 | 0,00 | 14 | 09/10/2010 | 11 | 11/10/2010 |
| 2-0 | 0 | 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA | 26 | 0 | 1 | 16 1 10 0 | 0,00 | 11 | 09/10/2010 | 11 | 11/10/2010 |
| 3-0 | 0 | 8 5 1 0 0 2 0 0 | RESTAURAÇÃO RESINA | 15 | OM | 1 | 8 8 10 0 | 0,00 | 11 | 09/10/2010 | 11 | 11/10/2010 |
| 4-0 | 0 | 8 5 1 0 0 2 0 0 | RESTAURAÇÃO RESINA | 14 | OD | 1 | 8 8 10 0 | 0,00 | 11 | 09/10/2010 | 11 | 11/10/2010 |
| 5-0 | 0 | 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA | 25 | 0 | 1 | 16 1 10 0 | 0,00 | 11 | 09/10/2010 | 11 | 11/10/2010 |
| 6-0 | 0 | 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA | 24 | 0 | 1 | 16 1 10 0 | 0,00 | 11 | 09/10/2010 | 11 | 11/10/2010 |
| 7-1 | | | | | | | | | | | | |
| 8-1 | | | | | | | | | | | | |
| 9-1 | | | | | | | | | | | | |
| 10-1 | | | | | | | | | | | | |
| 11-1 | | | | | | | | | | | | |
| 12-1 | | | | | | | | | | | | |
| 13-1 | | | | | | | | | | | | |
| 14-1 | | | | | | | | | | | | |
| 15-1 | | | | | | | | | | | | |

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 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 4 2 0 0 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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.

48-Observação

Paciente Caspary, Odontopediatra

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 Carimbo da Empresa