



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/2/11 11/2/10 4-Dia de Autorização 12/4/11 11/2/10 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8077536 7-Dia Vencimento da Guia 12/0/10 12/11/2/11 424718 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/10 12/5/3/2/7/3/5/6/0/0/0/0/0/1/0/2/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Vencimento da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RENATO RODRIGUES DOS SANTOS 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano RUTE CRISTIANE RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alteração e RN 17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELI FABIANI 18-Número no CRO 29697 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/9/3/1/5/2/9/5/9/0/0/ 22-Nome do Contratado Esecutante GABRIELI FABIANI 23-Número no CRO 29697 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Esecutante GABRIELI FABIANI 27-Número no CRO 29697 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franch/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4	0,0	0,0	0,0	12/5/11/12/10	1 auto	
2-1	0	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16	1		4,9	0,0	0,0	0,0	12/5/11/12/10	2 auto	
3-1	0	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	15	1		4,9	0,0	0,0	0,0	12/5/11/12/10	1 auto	
4-1	0	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26	1		4,9	0,0	0,0	0,0	12/5/11/12/10	1 auto	
5-1	0	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36	1		4,9	0,0	0,0	0,0	12/5/11/12/10	1 auto	
6-1	0	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46	1		4,9	0,0	0,0	0,0	12/5/11/12/10	1 auto	
7-1	0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		7,2	0,0	0,0	0,0	12/5/11/12/10	2 auto	
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1351,00 47-Vol Total R\$ 10,00 48-Total Franch/Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, a 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-Desenvolvimento

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/5/11/11/12/10 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/5/11/11/12/10 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/11/11/12/10 RUTE CRISTIANE RODRIGUES 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 12/5/11/11/12/10 Rute Bromberg

Dra. Gabrieli Fabiani
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29697