



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/08 4-Data de Autorização 13/11/08 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7808594 7-Data Validade da Semeta 11/9/11 8-Data Validade da Guia 11/12/10

361464  
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 000202528932100000103

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ISADORA SANTOS DE OLIVEIRA

07/07/2004

14-Telefone 358915942

15-Nome do titular do plano VICTOR DE OLIVEIRA NETO

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL

18-Número no CRO 40848

19-UF RJ

20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1012565837061

22-Nome do Contratado Executante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL

23-Número no CRO 40848

24-UF RJ

25-Código CNES

26-UF RJ

27-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL

29-Número no CRO 40848

30-UF RJ

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 Guia | 42- Assinatura |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------|------------------------|---------|----------------------|-----------|----------------------------------|---------|-----------------------------------------|--------------------|----------------|
| 1                                                                                 | 00                         | 85100218               | RESTAURAÇÃO RESINA | 37                     | MOD     | 1                    | 122,00    | 0,00                             | S       | 28/09/20                                |                    |                |
| 2                                                                                 | 00                         | 85100218               | RESTAURAÇÃO RESINA | 47                     | MOD     | 1                    | 122,00    | 0,00                             | S       | 28/09/20                                |                    |                |
| 3                                                                                 |                            |                        |                    |                        |         |                      |           |                                  |         |                                         |                    |                |
| 4                                                                                 |                            |                        |                    |                        |         |                      |           |                                  |         |                                         |                    |                |
| 5                                                                                 |                            |                        |                    |                        |         |                      |           |                                  |         |                                         |                    |                |
| 6                                                                                 |                            |                        |                    |                        |         |                      |           |                                  |         |                                         |                    |                |
| 7                                                                                 |                            |                        |                    |                        |         |                      |           |                                  |         |                                         |                    |                |
| 8                                                                                 |                            |                        |                    |                        |         |                      |           |                                  |         |                                         |                    |                |
| 9                                                                                 |                            |                        |                    |                        |         |                      |           |                                  |         |                                         |                    |                |
| 10                                                                                |                            |                        |                    |                        |         |                      |           |                                  |         |                                         |                    |                |
| 11                                                                                |                            |                        |                    |                        |         |                      |           |                                  |         |                                         |                    |                |
| 12                                                                                |                            |                        |                    |                        |         |                      |           |                                  |         |                                         |                    |                |
| 13                                                                                |                            |                        |                    |                        |         |                      |           |                                  |         |                                         |                    |                |
| 14                                                                                |                            |                        |                    |                        |         |                      |           |                                  |         |                                         |                    |                |
| 15                                                                                |                            |                        |                    |                        |         |                      |           |                                  |         |                                         |                    |                |
| 43-Data Prevista Término do Tratamento                                            |                            | 44-Tipo de Atendimento |                    | 45-Tipo de Faturamento |         | 46-Total Quilando US |           | 47-Valor Total R\$               |         | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |                    |                |
| 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                            | 1-Total 2-Parcial      |                    | 1-Total 2-Parcial      |         | 245,00               |           | 0,00                             |         | 0,00                                    |                    |                |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima expostos, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Deixo, 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 este 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: 28/09/2008, Curitiba, PR, Brasil. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente: 28/09/2008, Curitiba, PR, Brasil. 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 28/09/2008, Curitiba, PR, Brasil. 53-Data, local e Carimbo da Empresa: CNPJ: 28.496.564/0001-96