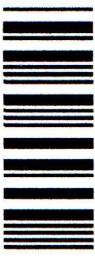


# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

331126  
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha  
12/7/10 9/12/01

6-Número da Guia Principal  
7668712

5-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
01/10/12 01

3-Data de Emissão da Guia  
12/9/10 6/12/01

1-Registro ANS  
406414

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira  
002021530409800000101

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira  
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
JOSIELE DA COSTA GOMES

04/06/1991

14-Teléfono  
( ) - - - - -

15-Nome do titular do plano  
JOSIELE DA COSTA GOMES

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

16-Atendimento a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
GABRIEL CAETANO

18-Número no CRO  
123878

19-UF  
SP

20-Código CBO S  
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / ONP / J / CPF  
1361519200816011

22-Nome do Contratado Executante  
GABRIEL CAETANO

23-Número no CRO  
123878

24-UF  
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante  
GABRIEL CAETANO

27-Número no CRO  
123878

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-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura |
|-----------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------------------------|
| 1-0101851100196 | RESTAURAÇÃO RESINA        | 36           | 0               | 1       | 6100   | 0,00             |          |                                 |        | 16/07/12              |                                     |
| 2-010182000875  | EXODONTIA SIMPLES DE      | 46           | 1               | 1       | 7300   | 0,00             |          |                                 |        | 03/02/12              |                                     |
| 3-1             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 4-1             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 5-1             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 6-1             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 7-1             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 8-1             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 9-1             |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 10-1            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 11-1            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 12-1            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 13-1            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 14-1            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 15-1            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                     |

| 43-Data Previsão Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento                                                            | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 16/07/12                               | 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência | 1-1-Total 2-Parcial    | 1134,00                | 0,00               | 0,00                                    |

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), to(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-Observação**

|                                                                           |                                                                           |                                                                       |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>16/07/12 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>16/07/12 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/07/12 | Dr. Gabriel Caetano<br>Cirurgião - Dentista<br>CRO - 123878 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|