



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|
| 1-Plano ABR<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3-Data de Emissão de Guia<br>09/10/2011                                                                  | 4-Data de Autorização<br>11/10/2011                                     | 5-Sexo<br>AUTORIZADO                                 | 6-Número da Guia Principal<br>8368429   | 7-Data Validade de Guia<br>07/10/2011   | 494394<br>INTERCÂMBIO     |
| 8-Número da Carteira<br>0020253263490000104                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                           | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                                    | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                  | 12-Número da Carteira Passagem de Bordo |                                         |                           |
| 13-Nome<br>BRUNA FERREIRA DA CONCEICAO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 14-Telefone<br>1509/2010                                                                                 | 15-Nome do Bêbê do plano<br>CLAUDINE FERREIRA DE OLIVEIRA               |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MARINA MOREIRA SALVADOR                                           | 18-Número no CRO<br>40774                                               | 19-UF<br>RJ                                          | 20-Código CBO B<br>025 -                | Faturar Empresa                         |                           |
| 21-Código de Operadora / OMPU / OMP<br>58329005615                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 22-Nome do Contratado Exatidão<br>MARINA MOREIRA SALVADOR                                                | 23-Número no CRO<br>40774                                               | 24-UF<br>RJ                                          | 25-Código CMEB                          |                                         |                           |
| 26-Nome do Profissional Exatidão<br>MARINA MOREIRA SALVADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 27-Número no CRO<br>40774                                                                                | 28-UF<br>RJ                                                             | 29-Código CBO B                                      |                                         |                                         |                           |
| Plano de Tratamento / Prescrições Solicitadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 30-Tabete                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 31-Código de Prescrição                                                                                  | 32-Descrição                                                            | 33-Quantidade                                        | 34-Freq                                 | 35-Quantidade US                        | 37-Valor                  |
| 1-0085100196                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          | RESTAURAÇÃO RESINA                                                      | 11                                                   | 1                                       | 61,00                                   | 0,00                      |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                          |                                                                         |                                                      |                                         |                                         |                           |
| 43-Data Previsto Término de Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                             | 46-Total Quantidade US<br>61,00                      | 47-Valor Total R\$<br>0,00              | 48-Total Faturado / Co-participação R\$ | 41-Motivo de Cancelamento |
| 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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 Contratado-Donatário Solicitante<br>24/10/2011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 51-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário<br>24/10/2011                                        | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>24/10/2011 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>24/10/2011 |                                         |                                         |                           |

Garcia Saraiva Ferreira de Oliveira

Especialista Implantodontia