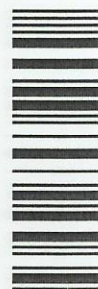


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/10 09/12/10	4-Data de Autorização 10/05/11 10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7885014	7-Data Validade da Guia 11/17/11 12/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021021531618710101010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome PAULO ROGERIO DOS SANTOS	29/06/1976	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do Titular do plano PAULO ROGERIO DOS SANTOS
-------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	18-Número no CRO 55535	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115168914518017111	22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	23-Número no CRO 55535	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI	27-Número no CRO 55535	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-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	0851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OD	1	8,810,00	0,00	0,00	11	10/10/20		
2-00	0851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OD	1	8,810,00	0,00	0,00	11	10/10/20		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1176,00	47-Valor Total R\$ R\$ 2102,25 / 0001184
--	--	---	-----------------------------------	---

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 responsável e a pagar com os custos previstos em contrato. Declaro, 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, a assinatura desse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

Dr. Debora Vasconcelos Leite
CPF: 429.948.948-90

Dr. Debora Vasconcelos Leite
CPF: 429.948.948-90

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/10 de [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 de [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 de [Assinatura]	53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 10/11/10 de [Assinatura]
---	---	---	---

CPF: 429.948.948-90

CPF: 429.948.948-90

CPF: 429.948.948-90