



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/07/2011 4-Data de Autorização 22/07/2011 5-Semha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7708492 7-Data Validade da Semha 13/10/2012

339979
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202530574300000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JESSICA BALDI

14-Telefone 24/02/1994 15-Nome do titular do plano EDUARDO FONSECA AMORIM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELI FABIANI 18-Número no CRO 29697 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21-Código na Operadora / ONP / CFP 22-Nome do Contratado Executante GABRIELI FABIANI 23-Número no CRO 29697 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	PM	1	8,80	0,00	0,00		11/07/2011	Jessica Baldi
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/07/2011 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 88,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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), foi(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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/07/2011 J. Gabriel Baldi 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/07/2011 J. Gabriel Baldi 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/2011 J. Jessica Baldi 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/07/2011 Pato Brances

Dr. Gabriel Baldi
Cirurgião Dentista
CRO PR 29697