



|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>14/04/2014 | 4-Data de Autorização<br>16/04/2014 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Numero da Guia Principal<br>7510724 | 7-Data Validade da Senha<br>13/07/2014 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                     |  |                                              |                               |                                                         |                                      |                                     |                                       |
|-------------------------------------|--|----------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário               |  | 8-Numero da Carteira<br>00202528275200000101 |                               | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                          | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>AMANDA FARIAS DOS SANTOS |  | 14-Data<br>30/08/1987                        | 14-Telefone<br>(11) 4277-7195 | 15-Nome do titular do plano<br>AMANDA FARIAS DOS SANTOS |                                      |                                     |                                       |

|                                                             |  |                                                           |  |                                                              |                            |                |                                          |
|-------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento             |  | 16-Atendimento a RN<br>N                                  |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MARIANA DOVICH MENDES | 18-Numero no CRO<br>102398 | 19-UF<br>SP    | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>36872866810          |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARIANA DOVICH MENDES |  | 23-Numero no CRO<br>102398                                   | 24-UF<br>SP                | 25-Código CNES |                                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MARIANA DOVICH MENDES |  | 27-Numero no CRO<br>102398                                |  | 28-UF<br>SP                                                  | 29-Código CBO S            |                |                                          |

| 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 Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 00185100196               | RESTAURAÇÃO RESINA | 44              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        |                       |                    |               |
| 2-        | 00185100196               | RESTAURAÇÃO RESINA | 45              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>122,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>/ / |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|

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/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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação  
Imagens analisadas

|                                                                      |                                                          |                                                                  |                                            |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ / | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|