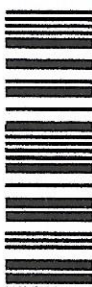


**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2.º



1-Registro ANS 406414  
3-Data de Emissão da Guia 12/6/10  
4-Data de Autorização 12/7/10  
5-Semeta CONCLUÍDO

6-Número da Guia Principal 8521746

7-Data Validade da Semeta 12/5/10  
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

534018  
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000201251116865000256011  
9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome ANA KAROLINE DE ANDRADE  
27/1/1996

10-Empresa UNIAO OESTE PARANAENSE DE  
14-Telefone ( ) - - - - -  
15-Nome do titular do plano ANA KAROLINE DE ANDRADE

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI

18-Número no CRO 30530  
19-UF PR

20-Código CBO S 025 -  
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI  
22-Número no CRO 30530  
23-UF PR

24-UF PR  
25-Código CNES  
26-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI

29-Código na Operadora / CNPJ / CPF LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI  
30-Número no CRO 30530  
31-UF PR

32-Valor 30530  
33-Franquia/Co-participação R\$

34-Data de Realização 40-Data da Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição    | 33-Dente/Região       | 34-Faixa | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------|-----------------------|----------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0       | 0                         | 8 1 0 0 0 0 3 0 | CONSULTA ODONTOLÓGICA |          | 1      | 3 4 1 0 0        | 0,00     |                                 | S      | 01/10/05              | 21                 | Univ          |
| 2-0       | 0                         | 8 4 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO |          | 1      | 3 5 1 0 0        | 0,00     |                                 | S      | 01/10/05              | 21                 | Univ          |
| 3-0       | 0                         | 8 4 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO |          | 1      | 3 5 1 0 0        | 0,00     |                                 | S      | 01/10/05              | 21                 | Univ          |
| 4-0       | 0                         | 8 4 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO |          | 1      | 3 5 1 0 0        | 0,00     |                                 | S      | 01/10/05              | 21                 | Univ          |
| 5-0       | 0                         | 8 4 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO |          | 1      | 3 5 1 0 0        | 0,00     |                                 | S      | 01/10/05              | 21                 | Univ          |
| 6-0       | 0                         | 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA    |          | 26     | 6 1 1 0 0        | 0,00     |                                 | S      | 01/10/05              | 21                 | Univ          |
| 7-0       | 0                         | 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA    |          | 15     | 6 1 1 0 0        | 0,00     |                                 | S      | 01/10/05              | 21                 | Univ          |
| 8-0       | 0                         | 8 5 1 0 0 2 0 0 | RESTAURAÇÃO RESINA    |          | 36     | 8 8 1 0 0        | 0,00     |                                 | S      | 01/10/05              | 21                 | Univ          |
| 9-0       | 0                         | 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA    |          | 16     | 6 1 1 0 0        | 0,00     |                                 | S      | 01/10/05              | 21                 | Univ          |
| 10        |                           |                 |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                 |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                 |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                 |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                 |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                 |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência  
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 4 4 5 10 0 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 no 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/10 51/10/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/10 51/10/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10 51/10/10

53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/10/10 51/10/10

Odontologia Especializada

Robi e Riani

CNPJ 24.293.007/0001-60  
RUA BENEDETO DE LANEIRO, 4318 - ZONA 2  
CEP 87.501-360 - UMUARAMA - PR