



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 01/21 4-Data de Autorização 12/9/11 01/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 9230511 7-Data Validade da Guia 12/5/11 01/12 760804 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010120125429273000010101012 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Nome DANIELA ALVES DE OLIVEIRA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano EDUARDO GONCALVES CORDEIRO 16-Número de Cartão Nacional de Saúde

17-Nome do Profissional Solicitante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA 18-Número no CRO 134645 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0131201130180015 22-Nome do Contratado Exercente ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA 23-Número no CRO 134645 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exercente ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA 27-Número no CRO 134645 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denúncia/Região	34-Escopo	35-Ciur	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Motivo
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	49-Observação						
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Escopo Realizável 3-Orçamentário 4-Urgência/Emergência	1-Tipo 2-Parcial	1-Tipo 2-Parcial	134,00	10,00							

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.

49-Observação

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/11 12/11/21 ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA 51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/11 12/11/21 ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA 52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/3/11 12/11/21 EDUARDO GONCALVES CORDEIRO 53-Dado, local e Assinatura da Empresa 12/3/11 12/11/21 DRA. ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA Cirurgião-Dentista CROSP 134645