

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 12/8/11 4-Data de Autorização 13/01/11 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8099261 7-Data Validação da Série 12/10/11 430104 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0002025320966000001001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VANESSA SOARES MARCIANO SILVA 23/12/1983 14-Telefone 15-Nome do titular do plano VANESSA SOARES MARCIANO SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Número no CRO 114176 19-UF SP 20-Código CEO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131939238854 22-Nome do Contratado Executante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 114176 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX 26-Nome do Profissional Executante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 114176 28-UF SP 29-Código CEO S 025 - 30-UF SP 31-Código do Procedimento 32-Descrição EXODONTIA DE RAIZ 33-Dente/Região 34-Face 35-Dist 36-Quantidade US 37-Veloc 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-UF SP 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

43-Data Realizada 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 1257,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Dist	36- Quantidade US	37- Veloc	38- Franquia/Co-participação R\$	39- UF	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1	00	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	36	1	7 3 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
2	00	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	7 3 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
3	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
4	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
5	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
6	00	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
7	00	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	PD	1	8 8 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
8	00	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	DO	1	8 8 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
9	00	8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODONTICO	17	1	5 3 3 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
10	00	8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODONTICO	23	1	2 5 8 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
11												
12												
13												
14												
15												

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 obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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.

46-Usurário Favor anexar rx inicial e final para pagamento, quando não dissociados.

50-Data, local e Assinatura do Tratado-Dentista: 13/01/11, 16:29, [Assinatura] 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 13/01/11, 16:29, [Assinatura] 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 13/01/11, 16:29, [Assinatura] 53-Data, local e Carimbo da Empresa: 13/01/11, 16:29, [Carimbo]

CRO

CRO