



|                         |                                       |                                   |                      |                                        |                                      |
|-------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registo ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/09/10 | 4-Data de Autorização<br>12/09/10 | 5-Será<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>10188524 | 7-Data Validade da Seria<br>12/11/10 |
|-------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                |                                |                                      |                                                         |
|------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>1002102543569900001101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                     |
| 13-Nome<br>JOSINARA GONCALVES COSTA            | 15/02/1983                     | 14-Teléfono<br>( ) - - - - -         | 15-Nome do titular do plano<br>JOSINARA GONCALVES COSTA |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                   |                                                                       |                            |                 |                                             |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|---------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE    | 18-Número no CRO<br>134922 | 19-UF<br>SP     | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>44984113000144             | 22-Nome do Contratado Executante<br>NOLASCO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA | 23-Número no CRO<br>138944 | 24-UF<br>SP     | 25-Código CNES<br>2879549                   |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE | 27-Número no CRO<br>134922                                            | 28-UF<br>SP                | 29-Código CBO S |                                             |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Item | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---------|---------------------------|-------------------------|----------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1       | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |          | 1       |        | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 29/09/10              |                    |               |
| 2       | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE     | 1       |        | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 29/09/10              |                    |               |
| 3       | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE     | 1       |        | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 29/09/10              |                    |               |
| 4       | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID     | 1       |        | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 29/09/10              |                    |               |
| 5       | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD     | 1       |        | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 29/09/10              |                    |               |
| 6       |                           |                         |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7       |                           |                         |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8       |                           |                         |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9       |                           |                         |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10      |                           |                         |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11      |                           |                         |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12      |                           |                         |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13      |                           |                         |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14      |                           |                         |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15      |                           |                         |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                                                     |                                                                      |                                  |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>25/07/10 | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme agenda 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) 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-Data, local e Assinatura do Beneficiário Dentista Solicitante<br>29/09/10<br>Gabriela S. Cruz G. Dentista CROSP 138944 | 51-Data, local e Assinatura do Dentista<br>29/09/10<br>Gabriela S. Cruz G. Dentista CROSP 138944 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/09/10<br>Nolasco Odontológico | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>29/09/10<br>Nolasco Odontológico<br>Rua Curitiba 5<br>tel: 3473-6655 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|