



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/2012 4-Data de Autorização 12/12/2012 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8403228 7-Data Validade da Guia 17/10/2012

8-Número da Carteira 100202536172300000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KASSIA KIMBERLY DA SILVA 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano HIDEANO FARIAS PEREIRA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 01 25-Data de Realização 22/03/2012 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 103123602664 22-Nome do Contratado Exercente CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 26-Código CNES 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Exercente CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 30-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 22/03/2012 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

31-Índice	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 Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			22/03/2012		Hideano Farias Pereira
2-00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	7,20	0,00			22/03/2012		Hideano Farias Pereira
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
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\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1-Total Quantidade US	106,00	0,00				

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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/03/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/03/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/03/2012 53-Data, local e Cartão da Empresa 22/03/2012

CLINICA E BENEZER
R. 22 712 47900011
Cidade: Curitiba, PR 81300-000
CEP: 81300-000