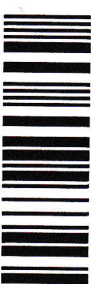


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/10 9/12/11	4-Data de Autorização 11/08/10 9/12/11	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9063478	7-Data Validade da Seria 11/05/11 12/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Último da Carteira 10/02/02 15/39/74/29/00/00/01/02	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome

VINICIUS FERRERA SILVA DAS NEVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

31/07/1988

14-1º telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
PALOMA CARVALHO DE MELO

16-Ancionamento a RN
LEONARDO GARCIA DE SOUZA

21-Código na Operadora / ONPJ / CPF
105175801191720111

22-Nome do Contratado Executante
LEONARDO GARCIA DE SOUZA

26-Nome do Profissional Executante
LEONARDO GARCIA DE SOUZA

27-Número no CRO
38540

28-UF
RJ

29-Código CBO S

25 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(II) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	18,00	10,00	18,00	10,00	11/09/11		
2-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	18,00	10,00	18,00	10,00	11/09/11		
3-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	16,00	10,00	16,00	10,00	11/09/11		
4-0	10	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	16,00	10,00	16,00	10,00	11/09/11		
5-0	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	10,00	16,00	10,00	11/09/11		
6-0	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	10,00	16,00	10,00	11/09/11		
7-0	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	10,00	16,00	10,00	11/09/11		
8-0	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	10,00	16,00	10,00	11/09/11		
9-0	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	10,00	16,00	10,00	11/09/11		
10-0	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	10,00	16,00	10,00	11/09/11		
11-0	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	10,00	16,00	10,00	11/09/11		
12-0	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	10,00	16,00	10,00	11/09/11		
13-0	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	10,00	16,00	10,00	11/09/11		
14-0	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	10,00	16,00	10,00	11/09/11		
15-0	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	16,00	10,00	16,00	10,00	11/09/11		

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 1442,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável 11/09/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/11	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
---	--	---	--

Handwritten signature and stamp:
 Cirurgião-Dentista
 CRO-RJ 38540