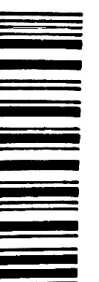


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/01	4-Data de Autorização 11/12/01	5-Sema AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8218728	7-Data Validade da Sema 12/11/01
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

8-Numero da Carteira 000202531964800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MARCIA APARECIDA JUSTINO MONTEIRO	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCIA APARECIDA JUSTINO MONTEIRO
--	------------------------------	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	18-Numero no CRO 137593	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 146303046819	22-Nome do Contratado Executante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	23-Numero no CRO 137593	24-UF SP	25-Código CNES
---	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	27-Numero no CRO 137593	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

30-Labela	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-Molho da Gesso	42-Assinatura
1-0	0	81000615				34,00	10,00			11/12/01		Marcia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/12/01	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/01 Marcia de Paula	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/01 Marcia de Paula	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/01 Marcia Justino Monteiro	53-Data, local e Cambio da Empresa 11/11/11
---	---	---	--

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), for(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.