



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/2012 4-Data de Autorização 12/12/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7719372 7-Data Validade da Senha 18/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102012530157430000001012 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JESSICA BALDI

24/02/1994

14-Telefone

15-Nome do titular do plano EDUARDO FONSECA AMORIM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELI FABIANI

18-Número no CRO 29697

19-UF PR

20-Código CBO S 025

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1093152990101

22-Nome do Contratado Executante GABRIELI FABIANI

23-Número no CRO 29697

24-UF PR

25-Código CNES

Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante GABRIELI FABIANI

27-Número no CRO 29697

28-UF PR

29-Código CBO S

(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	85100200	12	PD	1	88,00	0,00					
2	00	85100200	11	PM	1	88,00	0,00					
3		RESTAURAÇÃO RESINA										
4		RESTAURAÇÃO RESINA										
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
12/10/2012	1-Tratamento Odontológico	1-Total	176,00	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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2012 Gabriel Fabiani 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2012 Gabriel Fabiani 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012 Eduardo Amorim 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/2012 Pale Branco

Dra. Gabriela Fabiani
Cirurgia Dentista
CRO PR 29697

INTERCAMBIO 342428