



1-Registro ABR 406414	2-Dados de Emissão da Guia 07/11/2010	3-Dados de Autenticação 23/11/2010	4-Série AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 7940500	6-Dados Validação de Série 05/11/2011	7-Dados Validação de Série 391492 INTERCAMBIO
-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---

8-Dados do Beneficiário 13-Nome KLEBER LUAN COSTA DA SILVA 14-Telefone 19/11/2010	9-Dados do Prestador 15-Endereço POS REDE PRESTADORA 16-Telefone DENTAL UNI COOPERATIVA 17-Nome do titular do plano RENATA ALINE COSTA PEREIRA
---	---

18-Endereço e RV 19-Nome do Profissional Societário ALINE NERY DE LIMA CLINICA ODONTOLOGICA 20-Nome do Profissional Societário ALINE NERY DE LIMA	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31401025854 22-Nome do Contrato Emissor ALINE NERY DE LIMA 23-Número no CRO 90936 24-UF SP 25-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 26-UF SP 27-Número no CRO 90936 28-UF SP 29-Código CBO 8 (0) 85100200 (0) 85100200
---	---

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fuso	35-Cat	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aid	40-Dados de Realização	41-Valor de Guia	42-Valor
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	61,00	0,00	0,00	3,11	23	1,11	23
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00	0,00	3,11	23	1,11	23
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	61,00	0,00	0,00	3,11	23	1,11	23
4-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00	0,00	3,11	23	1,11	23
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	0,00	3,11	23	1,11	23
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00	0,00	3,11	23	1,11	23
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dados Previstos Termo do Tratamento
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 447,00
47-Valor Total R\$ 10,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação
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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) 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.

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Dados, local e Carimbo da Empresa
Cirurgião-Dentista
CRO: 90.936