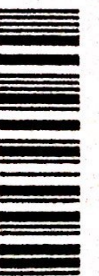


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

34



1-Registro ANS 406414 2-Dados de Emissão de Guia 08/10/2012 3-Data de Assinatura 01/11/2013 4-Será AUTORIZADO 5-Data de Validação da Guia 10/09/2015 6-Número de Guia Principal 8277747 7-Data de Validação da Guia 10/09/2015 8-Data de Intercâmbio 472028

9-Número da Carteira 000202025328884000000102 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Data de Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUIZ HENRIQUE MENDES DOS SANTOS 14-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 15-Nome do titular do plano ANA CAROLINA SILVA FERREIRA

16-Mostrar o Conselho Regional pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Substituente AGATA VENTURA DORTA 18-UF SP 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora (CNPJ/CNP) 43085402837 22-Nome do Convênio Essencial AGATA VENTURA DORTA 23-Número no CNO 117869 24-UF SP 25-Código CNE S

26-Nome do Profissional Essencial AGATA VENTURA DORTA 27-Número no CNO 117869 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Total	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fee	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Moeda de Guia	42-Adicional
1-00	0811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	0,00			08/10/2012		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	0,00			08/10/2012		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	0,00			08/10/2012		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	0,00			08/10/2012		
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	0,00			08/10/2012		
6-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	0,00			08/10/2012		
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término de Tratamento	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	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / Co-participação R\$							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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) acima, a por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) por 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.

Assinatura do Paciente: *Luiz Henrique Mendes dos Santos* 11/869
Assinatura do Profissional Substituente: *Agata Ventura Dorta* 11/869
Assinatura do Profissional Essencial: *Agata Ventura Dorta* 11/869
Assinatura do Convênio: *Agata Ventura Dorta* 11/869