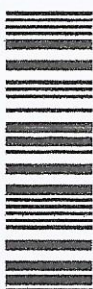


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/03/11 4-Dia de Autorização 10/04/11 5-Série AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 9247355 7-Dia Validade da Série 10/11/02 766370 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 100201253916021000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 12-Numero do Centro Nacional de Saúde

13-Nome ANDREA DUTRA DOS SANTOS 16/09/1984 14-Telefone (11) 15-Nome do titular do plano ANDREA DUTRA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Assinamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA 18-Numero do CRO 134645 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (F) 85200159-26 21-Código na Operadora / CNU / CPF 032101308005 22-Nome do Contratado Executante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA 23-Numero no CRO 134645 24-UF SP 25-Código ONES 26-Nome do Profissional Executante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA 27-Numero no CRO 134645 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Planeta 31-Código do Procedimento 32-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO 33-Dente/Região 26 34-Face 1 35-Cid 53300 36-Valor 0,00 37-Franquia/Co-participação R\$ 38-Franchia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Dia de Realização 41-Moivo da Guia 42-Sinatura

30-Planeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Valor	37-Franquia/Co-participação R\$	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moivo da Guia	42-Sinatura
1-0	0	8	5	2	0	1	5	8				
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Dia Previsto Tempo do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Total Total R\$	48-Total Franquia Co-participação R\$	49-Total Franquia Co-participação R\$	50-Total Franquia Co-participação R\$	51-Total Franquia Co-participação R\$	52-Total Franquia Co-participação R\$	53-Total Franquia Co-participação R\$	54-Total Franquia Co-participação R\$	55-Total Franquia Co-participação R\$
1-1	1-1	1-1	5	3	3	0	0	0	0	0	0	0

Declaro, que após ter sido devidamente assistido sobre os procedimentos, 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 da 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.

48-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/11 Estefania Guntzel 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/11 Estefania Guntzel 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 04/11/11 Andrea Dutra dos Santos 53-Dia, local e Assinatura da Empresa 04/11/11 Andrea Dutra dos Santos 54-Dia, local e Assinatura da Empresa 04/11/11 Andrea Dutra dos Santos

Dra. Estefania Guntzel
CRO-SP 12456