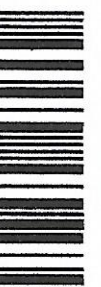


**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2.º



**534060  
INTERCÂMBIO**

1-Registro AINS 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/06/04 3-Data de Autorização 12/06/04 4-Status CONCLUÍDO 5-Santa 8621665 6-Número da Guia Principal 8621665 7-Data Validade da Santa 12/05/07 8-Data Validade da Santa 12/05/07

9-Data de Benefício

8-Número da Carteira 01020251865070004702 POS REDE PRESTADORA 9-Plano 10-Empresa COOP DE CREDITO DE LIVRE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JEVERSON RODRIGO JESULINO DE MENDONCA 14-Telefone 24/03/1988 15-Nome do Titular do plano ROSANGELA LUIZ DE MENDONCA DIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adiantamento a RN LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI 17-Nome do Profissional Solicitante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI 18-Número no CRO 30530 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Dredora CNU/CPF 0183151078921 22-Nome do Contratado Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI 23-Número no CRO 30530 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI 27-Número no CRO 30530 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela                              | 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-Motivo da Guia | 42-Assinatura |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|------------------------|--------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1                                      | 010                                                                              | 81000030              | CONSULTA ODONTOLÓGICA  | 1                  | 1                      | 34,00              | 0,00                  | 0,00                            | 5,01          | 05/12/11              | 8                 |               |
| 2                                      |                                                                                  |                       |                        |                    |                        |                    |                       |                                 |               |                       |                   |               |
| 3                                      |                                                                                  |                       |                        |                    |                        |                    |                       |                                 |               |                       |                   |               |
| 4                                      |                                                                                  |                       |                        |                    |                        |                    |                       |                                 |               |                       |                   |               |
| 5                                      |                                                                                  |                       |                        |                    |                        |                    |                       |                                 |               |                       |                   |               |
| 6                                      |                                                                                  |                       |                        |                    |                        |                    |                       |                                 |               |                       |                   |               |
| 7                                      |                                                                                  |                       |                        |                    |                        |                    |                       |                                 |               |                       |                   |               |
| 8                                      |                                                                                  |                       |                        |                    |                        |                    |                       |                                 |               |                       |                   |               |
| 9                                      |                                                                                  |                       |                        |                    |                        |                    |                       |                                 |               |                       |                   |               |
| 10                                     |                                                                                  |                       |                        |                    |                        |                    |                       |                                 |               |                       |                   |               |
| 11                                     |                                                                                  |                       |                        |                    |                        |                    |                       |                                 |               |                       |                   |               |
| 12                                     |                                                                                  |                       |                        |                    |                        |                    |                       |                                 |               |                       |                   |               |
| 13                                     |                                                                                  |                       |                        |                    |                        |                    |                       |                                 |               |                       |                   |               |
| 14                                     |                                                                                  |                       |                        |                    |                        |                    |                       |                                 |               |                       |                   |               |
| 15                                     |                                                                                  |                       |                        |                    |                        |                    |                       |                                 |               |                       |                   |               |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento                                                           | 45-Tipo de Tratamento | 46-Tipo de Atendimento | 47-Valor Total R\$ | 48-Tipo de Atendimento | 49-Valor Total R\$ | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia               | 42-Assinatura |                       |                   |               |
|                                        | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial     | 1-Total 2-Parcial      | 34,00              | 1-Total 2-Parcial      | 34,00              | 0,00                  | 0,00                            |               |                       |                   |               |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido 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. Deixo, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(em) 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 12/06/04 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/04 53-Data, local e Assinatura do Profissional 12/06/04

*Roberto Mendes*  
CRO/PR 30.530

*Roberto Mendes*  
FONE: (44) 3056-1019  
AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2  
CEP 87.501-350 - Umuarama - PR