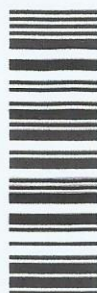


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 4-Data de Autorização 10/09/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8025140 7-Data Validade da Senha 10/03/10 412216 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ARTHUR HENRIQUE SILVA 30/12/2012 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano DANIELA VITORIA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 18-Número no CRO 39372 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código no Operador / CNPJ / CPF 06312468607 22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 23-Número no CRO 39372 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 27-Número no CRO 39372 28-UF MG 29-Código CBO S 30-Franquia/Co-participação R\$ 38-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

30-Trabalha	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	73	LD	1	8,8,00	0,00			11/11/2011		palomela
2-00	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	1	8,8,00	0,00			11/11/2011		palomela
3-00	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	8,8,00	0,00			11/11/2011		palomela
4-00	851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	85	OM	1	8,8,00	0,00			11/11/2011		palomela
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do 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 352,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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, compreendendo-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/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.

49-Observação: Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 11/11/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/11/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2011

Ana Carolina Dias
Ortodontia
CRO-11692272

palomela Vitoria Silva