



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 26/11/2010 4-Data de Autorização 03/11/2010 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7996216 7-Data Validade da Guia 24/01/2011

404831
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120125132723610000101011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANDERSON PONTES TEIXEIRA

22/02/1992

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ANDERSON PONTES TEIXEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO

18-Número no CRO 5480

19-UF AM

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1301912941151272111111 22-Nome do Contratado Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO

23-Número no CRO 5480

24-UF AM

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO

27-Número no CRO 5480

28-UF AM

29-Código CBO S

(I) 85100200
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-7 dte de	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rajão	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Asini
1-1001	811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	3,40	0,00				
2-1001	815100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	1	16,10	0,00				
3-1001	815100218	RESTAURAÇÃO RESINA			1	1	12,20	0,00				
4-1001	815100200	RESTAURAÇÃO RESINA			1	1	18,80	0,00				
5-1001	815100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	1	16,10	0,00				
6-1001	815100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	1	16,10	0,00				
7-1001	815100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	1	16,10	0,00				
8-1001	815100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	1	16,10	0,00				
9-1001	815100218	RESTAURAÇÃO RESINA			1	1	12,20	0,00				
10-1001	815100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	1	16,10	0,00				
11-1001	815100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	1	16,10	0,00				
12-1001	815100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	1	16,10	0,00				
13-1001	815100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	1	16,10	0,00				
14-1001	815100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	1	16,10	0,00				
15-1001	815100196	RESTAURAÇÃO RESINA			1	1	16,10	0,00				

43-Data Prevista Término 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 9776,10

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação f

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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 pr contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima foi(m) realizado(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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os débitos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Gerente / Odontologista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cópia da Empresa 54-Data, local e Assinatura do Responsável 55-Data, local e Assinatura do Responsável

56-Data, local e Assinatura do Responsável 57-Data, local e Assinatura do Responsável 58-Data, local e Assinatura do Responsável 59-Data, local e Assinatura do Responsável 60-Data, local e Assinatura do Responsável