

1-Região ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/07/12/0 4-Data de Autorização 10/7/10/7/12/0 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7673934 7-Data Validade da Senha 12/9/10/12/0

332074
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02/53/05/14/90/00/00/01/01/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RENATO SOARES COSTA

23/10/1972

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano RENATO SOARES COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tecele	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denti/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	31	1	1	73,00	0,00			10/07/20		
2-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	12	1	1	73,00	0,00			10/07/20		
3-00												
4-00												
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 Aliamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
10/11/07	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total 2-Parcial	146,00	146,00								

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, 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(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 Favor anexar radiografia para pagamento

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA 332074
CONCLUIDA
10/08/20