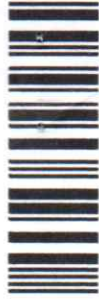


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



325812
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/2012	4-Data de Autorização 18/06/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7640827	7-Data Validade da Sentença 15/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0020253032378000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANGELICA GOMES DA SILVEIRA		20/06/1990		14-Telefone () / /		15-Nome do titular do plano ANGELICA GOMES DA SILVEIRA
---------------------------------------	--	------------	--	------------------------	--	---

16-Atendimento a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO		17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO		18-Número no CRO 563		19-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
--	--	---	--	-------------------------	--	-------------

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

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 Glosa 42-Assinatura
--	--	---------------------------	--	--------------	--	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1-000820001875	EXODONTIA SIMPLES DE	25	1	7300	0000	19/06/20	Angélica
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							
7-							
8-							
9-							
10-							
11-							
12-							
13-							
14-							
15-							

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento US 7300	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
---	---	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 19/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/06/20
---	---	---

Angélica Gomes da Silveira