

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



354495
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/2012 4-Data de Autorização 12/05/2012 5-Será Autorizado

6-Número da Guia Principal 7776545 7-Data Validade da Guia 09/11/2012

8-Número do Beneficiário 0101201252774311000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MAIARA DOS SANTOS UCHOA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MAIARA DOS SANTOS UCHOA 16-Data Validade da Guia 21/11/1996

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-UF AP 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 29-Código CBO S

30-Telefone 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Qui 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008400198 PROFILAXIA: POLIMENTO HASD 1 35100 0000 250320 NUNCA

2-008400198 PROFILAXIA: POLIMENTO HASE 1 35100 0000 250320 NUNCA

3-008400198 PROFILAXIA: POLIMENTO HAE 1 35100 0000 250320 NUNCA

4-008400198 PROFILAXIA: POLIMENTO HAID 1 35100 0000 250320 NUNCA

5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15- 16-

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Fraturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 50-Data local e Assinatura do Responsável 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data local e Carimbo da Empresa

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

MAIARA DOS SANTOS UCHOA