



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 4/12/13	4-Data de Autorização 12/05/10 4/12/13	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11144273	7-Data Validade da Senha 12/04/10 17/12/13	1424617 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---	------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
8-Número da Carteira 10102021545093000010101		13-Plano POS REDE PRESTADORA		15-Nome do titular do plano ALINE SANTOS DE FREITAS	
13-Nome ALINE SANTOS DE FREITAS		18/08/1994			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTO NEWS MACAPA		20-Código CBO S 06		025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 119898036000162		25-Código CMES 9999999		
26-Nome do Profissional Executante KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO		22-Nome do Contratado Executante K E F FAVACHO		29-Código CBO S 433		

20-Tabela	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
1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	16	1,00	0,00	0,00	SI	25/04/13	x Aline
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	16	1,00	0,00	0,00	SI	25/04/13	x Aline
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação Kelson E. F. Favacho CIRURGIÃO - DENTISTA ~90 - AP 433					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/04/13	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/04/13	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/04/13 x Aline Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--