



312908
INTERCAMBIO

Inteligência para você sorrir

1-Rajão: ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 11/3/05/2011 4-Data de Autorização 11/3/05/2011 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7560623 7-Data Validade da Guia 11/08/2011

8-Número da Carteira 101020252630850000101 9-Ciudadano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCOS RIVA AMORAS RODRIGUES 14-Teléfono 23/04/1972 15-Nome do titular do plano MARCOS RIVA AMORAS RODRIGUES 16-Data Validade da Carteira 17-Data Validade da Carteira 18-Data Validade da Carteira

19-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento 20-Código CBO S 21-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CHES 26-UF AP 27-Número no CRO 563 28-Código CBO S 29-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO
CONCLUÍDA
01/09/2011

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Item/Região 34-Tipo 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Item/Região | 34-Tipo | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Ant | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0 | 0 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | | 1 | 34,00 | 0,00 | | | 11/03/05 | | [Assinatura] |
| 2-0 | 0 | PROFILAXIA: POLIMENTO | | | 1 | 35,00 | 0,00 | | | 11/03/05 | | [Assinatura] |
| 3-0 | 0 | PROFILAXIA: POLIMENTO | | | 1 | 35,00 | 0,00 | | | 11/03/05 | | [Assinatura] |
| 4-0 | 0 | PROFILAXIA: POLIMENTO | | | 1 | 35,00 | 0,00 | | | 11/03/05 | | [Assinatura] |
| 5-0 | 0 | PROFILAXIA: POLIMENTO | | | 1 | 35,00 | 0,00 | | | 11/03/05 | | [Assinatura] |
| 6-0 | 0 | RESTAURAÇÃO RESINA | | P | 1 | 16,10 | 0,00 | | | 11/03/05 | | [Assinatura] |
| 7-0 | 0 | RESTAURAÇÃO RESINA | | P | 1 | 16,10 | 0,00 | | | 11/03/05 | | [Assinatura] |
| 8-0 | 0 | RESTAURAÇÃO RESINA | | P | 1 | 16,10 | 0,00 | | | 11/03/05 | | [Assinatura] |
| 9-0 | 0 | RESTAURAÇÃO RESINA | | P | 1 | 16,10 | 0,00 | | | 11/03/05 | | [Assinatura] |
| 10-0 | 0 | RESTAURAÇÃO RESINA | | M | 1 | 16,10 | 0,00 | | | 11/03/05 | | [Assinatura] |
| 1-1 | | | | | | | | | | | | |
| 2-1 | | | | | | | | | | | | |
| 3-1 | | | | | | | | | | | | |
| 4-1 | | | | | | | | | | | | |
| 5-1 | | | | | | | | | | | | |
| 6-1 | | | | | | | | | | | | |
| 7-1 | | | | | | | | | | | | |
| 8-1 | | | | | | | | | | | | |
| 9-1 | | | | | | | | | | | | |
| 10-1 | | | | | | | | | | | | |

43-Dias Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Codontomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação: Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), (c)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.

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

Passos: Liza Amorós Rodrigues