



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 10/09/2019 4-Data de Autorização 11/10/2019 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7858289 7-Data Validade da Semeta 10/08/2020

372544
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020253073480000101011

9-Filho POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome JUCELIA DOS SANTOS PEREIRA

17/09/1998

14-Telefone

15-Nome do titular do plano JUCELIA DOS SANTOS PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO 563

19-UF AP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1338914813253

22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

23-Número no CRO 563

24-UF AP

25-Código CIES

Enviar - RX
(1) 85100200

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-Ítem	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-Diagnóstico	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	00	8511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6,10	0,00	1	110930	Jucelia	
2	00	8511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	6,10	0,00	1	110930	Jucelia	
3	00	8511002010	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	8,80	0,00	1	110930	Jucelia	
4	00	8511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	6,10	0,00	1	110930	Jucelia	
5	00	8511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6,10	0,00	1	110930	Jucelia	
6	00	8511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6,10	0,00	1	110930	Jucelia	
7	00	8511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6,10	0,00	1	110930	Jucelia	
8	00	8511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6,10	0,00	1	110930	Jucelia	
9	00	8201008751	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	7,30	0,00	1	110930	Jucelia	
10	00	8201008751	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	7,30	0,00	1	110930	Jucelia	
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia - Co-participação R\$							
11/10/2019	1-1-Tratamento Odontológico	1-Totai 2-Parcela	661,00	0,00	0,00							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentada, 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(ram) 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:

80-Local, local e Assinatura de Operadora-Donatária S/S: 11/10/2019 51-Local, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Local, local e Assinatura do Especialista / Responsável 53-Local, local e Carimbo da Empresa

Jucelia dos Santos Pereira