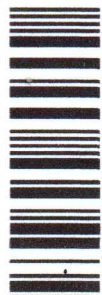


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



339960
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/17	4-Data de Autorização 12/11/17	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7708359	7-Data Validade da Semeta 13/11/17
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 000202525120800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/17	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome WILMA VIANA NEVES STORCH	14/05/1977	14-Telefone (1911) 822215274	15-Nome do titular do plano RIZOMAR IBIAPINA RODRIGUES
-------------------------------------	------------	---------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CEO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	-------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moito da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S127	07/17		W. Storch
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S127	07/17		W. Storch
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S127	07/17		W. Storch
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S127	07/17		W. Storch
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S127	07/17		W. Storch
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	1	1	161,00	0,00		S127	07/17		W. Storch
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto 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\$
--	------------------------	------------------------	------------------------	--------------------	---

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

W. Storch