



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1368088 INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Semha 10/18/10 16/12/13

5-Número da Guia Principal 10979405

5-Semha AUTORIZADO

4-Data de Autorização 11/19/10 4/12/13

3-Data de Emissão da Guia 11/10/10 3/12/13

1-Registro ANS 406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020254457730000102

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LAIZ DA SILVA PESSOA

14-Teléfono 24/12/2012

15-Nome do titular do plano JOSIANE MICHELLE DA SILVA NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N ODONTO NEWS MACAPA

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO 433

19-UF AP

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1198980360001162

22-Nome do Contratado Executante KE F FAVACHO

23-Número no CRO 433

24-UF AP

26-Nome do Profissional Executante KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO

27-Número no CRO 433

28-UF AP

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Table with columns: 30-Tabella, 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. Includes handwritten entries for 'APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR' and 'CONSULTA ODONTOLÓGICA'.

43-Data Previsto Término do Tratamento, 44-Tipo de Atendimento, 45-Tipo de Faturamento, 46-Total Quantificado 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), foram realizados 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.

49-Observação, CIRURGIÃO - DENTISTA, 80 - AP 433

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

Handwritten signatures and dates: 11/19/10, 4/12/13, JOSIANE MICHELLE DA SILVA NASCIMENTO, LAIZ DA SILVA PESSOA, Kelson Emanuel Farias Favacho.