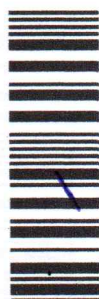


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



334796
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/2017	4-Data de Autorização 01/08/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7685184	7-Data Validade da Senha 01/04/2018
8-Número da Carteira 000202530686500000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ADRIANA ARAUJO AMARAL			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIANA ARAUJO AMARAL	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alteração a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253	22-Nome do Contratado Exatante ALESSANDRA BRITO LOBATO
26-Nome do Profissional Exatante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563
28-UF AP	29-Código CBO S 025 -
30-UF AP	31-Código CNES Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tratado	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 Guisa	42-Assinatura
1-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	01/07/2017	Odont	
2-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	01/07/2017	Odont	
3-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	01/07/2017	Odont	
4-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	01/07/2017	Odont	
5-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	01/07/2017	Odont	
6-00	820100875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00	0,00	0,00	01/07/2017	Odont	
7-00	820100875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00	0,00	0,00	01/07/2017	Odont	
8-00	820100875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00	0,00	0,00	01/07/2017	Odont	
9-00	820100875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00	0,00	0,00	01/07/2017	Odont	
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
/ /	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	5197,00	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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/07/2017	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/2017	53-Data local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	---

Adriana Araújo Amaral