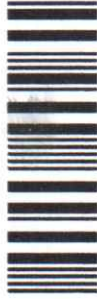


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

330017
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10/6/12/0	4-Data de Autorização 12/6/10/6/12/0	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662818	7-Data Validade da Santa 12/3/10/9/12/0
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 0002020252258050000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome
JUCILEIDE SANTOS QUARESMA14-Telefone
(1916) 811031519015-Nome do titular do plano
JUCILEIDE SANTOS QUARESMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante
ALESSANDRA BRITO LOBATO

23-Número no CRO

24-UF

25-Código UNES

26-Nome do Profissional Executante

ALESSANDRA BRITO LOBATO

27-Número no CRO

28-UF

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Jucileide
2-000814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Jucileide
3-000814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Jucileide
4-000814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Jucileide
5-000814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	29/06/20	Jucileide
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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), 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 29/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/20	53-Data, local e Cópia da Empresa / /
---	--	---	--

Jucileide Santos Quaresma