

2-M



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 05//10//20	4-Data de Autorização 06//10//20	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7834444	7-Dia Validez da Guia 03//01//21
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

390017
INTERCÂMBIO

6-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 6 1 5 5 0 0 0 0 0 1 1 0 2	6-Ramo POS REDE PRESTADORA
13-Nome CLEBERSON MENDES VENTURA	30/07/1991
14-1-Telefone () - - - - -	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
15-Nome do titular do plano ROSEANE SANTOS MENDES DE MORAES	11-Dias Validade da Carteira () / () / ()
	12-Número do Cartão Nacional da Saúde () - - - - -

[illegible]

30-Ítala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Ranço	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Visor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00	S/L	09/20		X
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Procedimento Terceiro do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

34,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e autorizar o tratamento realizado, compreendendo-me a autorizar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (x4) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (ultragram 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, compreendendo-me a autorizar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observing

50-Datex, 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

Dr^a Aline Nery de Lima
Cirurgiã-Dentista
CRO: 90.936