



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2016	4-Data de Autorização 12/16/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7661007	7-Data Validade da Senha 12/31/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

329649
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1002025302754100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 12345678901234567890
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

GUIA
CONCLUIDA

13-Nome CARLA DA CONCEICAO NASCIMENTO FURTADO	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano DANILLO GOMES FURTADO
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 193894813253	22-Nome do Contratado Exatante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563
26-Nome do Profissional Exatante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563	28-Código CRO S 025 -

GUIA
025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia C-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	U	61,00	0,00		S	24/06/20	Carla	
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	U	61,00	0,00		S	24/06/20	Carla	
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	U	61,00	0,00		S	24/06/20	Carla	
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	U	61,00	0,00		S	24/06/20	Carla	
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	U	61,00	0,00		S	24/06/20	Carla	
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	U	88,00	0,00		S	24/06/20	Carla	
7-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	15	U	U	73,00	0,00		S	24/06/20	Carla	
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	U	61,00	0,00		S	24/06/20	Carla	
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 527,00	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), 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, compreendendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/06/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Carla da Conceição Nascimento Furtado