



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/05/2017 4-Data de Autorização 12/01/2017 5-Sessão AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7708609 7-Data Validade da Sessão 11/3/2017

339985
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0102025304154000001021

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

13-Nome MARCELA LAUANE SOARES BENUJO

25/05/1999

14-Telefone

15-Nome do titular do plano LEANDRO TAVRES DA GRACA

16-Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO 563

19-UF AP

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 913894813253

22-Nome do Contratado Exatante ALESSANDRA BRITO LOBATO

23-Número no CRO 563

24-UF AP

25-Código CUES

26-Nome do Profissional Exatante ALESSANDRA BRITO LOBATO

27-Número no CRO 563

28-UF AP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	81100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	20/07/17		Marcela
2-100	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	20/07/17		Marcela
3-100	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	20/07/17		Marcela
4-100	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S	20/07/17		Marcela
5-100	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	20/07/17		Marcela
6-100	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	16,00	0,00		S	20/07/17		Marcela
7-100	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	16,00	0,00		S	20/07/17		Marcela
8-100	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	16,00	0,00		S	20/07/17		Marcela
9-100	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	16,00	0,00		S	20/07/17		Marcela
10-100	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	16,00	0,00		S	20/07/17		Marcela
11-100	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	16,00	0,00		S	20/07/17		Marcela
12-100	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	16,00	0,00		S	20/07/17		Marcela
13-100	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	16,00	0,00		S	20/07/17		Marcela
14-100	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	16,00	0,00		S	20/07/17		Marcela
15-100	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	16,00	0,00		S	20/07/17		Marcela

43-Data Prevista 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 7123,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declara, 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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/04/17 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/17 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/17 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Marcela Lauane Soares Benujo