



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/05/2014 10:23		5-Semha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 11144386		7-Data Validade da Semha 12/04/2017 12:13		1424644 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 000202549660000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional da Saúde		13-Nome JULIANA SANTOS DE FREITAS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Alinhamento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTO NEWS MACAPA		18-Número no CRO 433		19-UF AP		20-Código CBO S 06		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1198980360001162		22-Nome do Contratado Executante K E F FAVACHO		23-Número no CRO 433		24-UF AP		25-Código CMES 9999999		26-Nome do Profissional Executante KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente Região		34-Face		35-Qtd	
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		34		0	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Tipo de Faturamento	
		1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência Emergência		5-Total 2-Parcial	
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) 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											
Nelson E. F. Favacho CIRURGIÃO - DENTISTA CRO - AP 433											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante											
12/05/2014 10:23 Veeuf											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista											
12/05/2014 10:23 Veeuf											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
12/05/2014 10:23 x Juliana											