



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/03 4-Data de Autorização 12/01/03 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7495430 7-Data Validade da Sentença 11/08/06 8-Número de Guia Secundária 303999

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012012529449000000101021

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BRENO GUSTAVO FRANCA DE ABREU

01/08/2010

14-Telefone 8112915106

15-Nome do titular do plano BRUNA IONARA FRANCA FURTADO

GUIA CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO

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 93894813253

22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

23-Número no CRO 563

24-UF AP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

27-Número no CRO 563

28-UF AP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Área	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Replido	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa / Dependência
1-0	01840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00	300	51	20/03/00	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$						
	1-1-Tratamento Odontológico	2-Estima Radiológico	3-Cronograma	4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	72,00	0,00	0,00	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(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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Ass-Observação

50-Cid, local e Assinatura do Profissional Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Bruna Ionara Franca Furtado