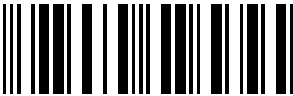


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1536182
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 9 / 0 7 / 2 3	4-Data de Autorização / /	5-Senha CANCELADO	6-Número da Guia Principal 1536182	7-Data Validade da Senha 1 7 / 1 0 / 2 3
--------------------------	--	------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 8 1 6 3 9 0 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EUDIONES COELHO DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EUDIONES COELHO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCELA ROMA LOPES	18-Número no CRO 9753	19-UF PA	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 6 6 2 6 7 4 0 0 0 1 6 9	22-Nome do Contratado Executante KIKUCHI MARANHÃO ODONTOLOGIA E MEDICINA	23-Número no CRO 6258	24-UF PA	25-Código CNES 2944529	
26-Nome do Profissional Executante MARCELA ROMA LOPES		27-Número no CRO 9753	28-UF PA	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	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-													
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			

50-Data, 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 / /
--	--	--	--