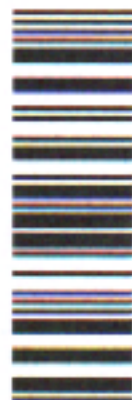


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2011	4-Data de Autorização 12/3/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8208664	7-Data Válida da Guia 11/09/2011
--------------------------	---	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

456777
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10020202533587800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira 11/09/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome YAGO RAFAEL DE MAGALHAES	13/10/1992	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano YAGO RAFAEL DE MAGALHAES
-------------------------------------	------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	18-Autorizado no CRO 8314	19-UF CE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	------------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 65239903387	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	23-Número no CRO 8314	24-UF CE	25-Código CIES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	27-Número no CRO 8314	28-UF CE	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	14	1	1	73,00	0	0,00	0	23/01/2021	23/01/2021	23/01/2021
2-0	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	15	1	1	73,00	0	0,00	0	23/01/2021	23/01/2021	23/01/2021
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento												44-Tipo de Atendimento
1-												

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) acima, e por mim assinado(s), tiveram realização(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49a-Operadora

23.769.064/0002-02

50-Local e endereço da clínica/empresa R. Barão do Rio Branco, 1671 S.E. 20º e 202 Fortaleza - CE	51-Local e endereço da clínica/empresa R. Barão do Rio Branco, 1671 S.E. 20º e 202 Fortaleza - CE	52-Local e endereço da clínica/empresa R. Barão do Rio Branco, 1671 S.E. 20º e 202 Fortaleza - CE	53-Local e endereço da clínica/empresa R. Barão do Rio Branco, 1671 S.E. 20º e 202 Fortaleza - CE
---	---	---	---

Dra. Roberta C. Vasconcelos
CIRURGIÁ - DENTISTA
CRC-CE 8314

Dra. Roberta C. Vasconcelos
CIRURGIÁ - DENTISTA
CRC-CE 8314

Yago Rafael De Magalhães

E. L. Lobras Centro CEP 00-020-060