



2-Nº

442325  
INTERCÂMBIO

|                          |                                                      |                                                  |                       |                                       |                                                   |
|--------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 6 / 1 1 / 2 0 1 2 0 1 | 4-Data de Autorização<br>1 8 / 1 1 / 2 0 1 2 0 1 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número de Guia Principal<br>8152073 | 7-Data Validade da Senha<br>1 6 / 1 0 3 / 1 2 1 1 |
|--------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                                   |                                |                                      |                                             |                                       |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 3 5 7 2 2 0 0 0 0 1 0 1 0 2 1 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / / / / / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|

13-Nome  
MARIA LUIZA MEDEIROS MOURA

14-Teléfono  
24/06/2011

15-Nome do titular do plano  
TATHIANA BRITO DE MEDEIROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                  |                          |             |                 |                          |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|
| 15-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ROBERTA CUNHA VASCONCELOS | 18-Número no CRO<br>8314 | 19-UF<br>CE | 20-Código CBO S | 205 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1 6 5 2 3 9 9 0 3 3 8 7

22-Nome do Contratado Executante  
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS

23-Número no CRO  
8314

24-UF  
CE

25-Código CNES

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/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 |
|-------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-0 0 1 8 4 0 0 0 1 7 4 |                           | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | 36              |         | 1      | 4 9 1 0 0        |          | 0 1 0 0                         | S      |                       | Tathiana                         |
| 2-0 0 1 8 4 0 0 0 1 7 4 |                           | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | 46              |         | 1      | 4 9 1 0 0        |          | 0 1 0 0                         | S      |                       | Tathiana                         |
| 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<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>9 8 1 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 1 0 0 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>/ / / / / / |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------|

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 a 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<br>18/11/2012 Roberto | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>18/11/2012 Roberto | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>18/11/2012 Tathiana | 23769.06/0002-021 | 18/12/20 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------|

ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI

R. Barão do Rio Branco, 1071 S/c. 20º 4202

Ed. Lobras Cerito CEP- 60.025-060

Fortaleza - CE