



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

247



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/2012	4-Data de Autocessão 10/11/2012	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8169165	7-Data Validade da Guia 30/11/2013
--------------------------	---	------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

446575
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202533965400001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Atividade MAYARA FERREIRA GOMES				
14-Telefone () - - - - -				
15-Nome do titular do plano MAYARA FERREIRA GOMES				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RVN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	18-Número no CRO 8314	19-UF CE	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 165239903387	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	23-Número no CRO 8314	24-UF CE	25-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS				
27-Número no CRO 8314				
28-UF CE				
29-Código CBO S				

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módo da Oclus	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	30/12/2012		Mayara
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	30/12/2012		Mayara
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 Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / Co-participação R\$							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), foram realizados 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 30/11/2012 Roberta	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2012 Roberta	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012
55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				
100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2012				