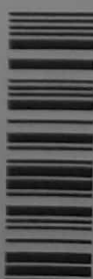




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



400110
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 12/01/10 12/01 3-Série 12/01/11 12/01 4-Autorização AUTORIZADO 5-Mostrar de Guia Principal 7975679 6-Data Validade da Guia 11/08/10 11/12/11

8-Numero da Carteira 10102025132788141010101011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/08/10 11/12/11 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KAILANE DE CASTRO MELO 14-Telefone 23/09/2002 15-Nome do titular do plano KAILANE DE CASTRO MELO 16-Endereço a RV NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 18-Numero no CRO 10035 19-UF CE 20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-

21-Código no Operadora / CUPU / CPF 05628727369 22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 23-Numero no CRO 10035 24-UF CE 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE 27-Numero no CRO 10035 28-UF CE 29-Código CBO 5

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-UF	40-Data de Realização	41-Mostrar de Guia 42-Adesão
1-1	0181004211	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,00	5,25	CE	25/11/2007	Kailane
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 Prescrição Termino do Tratamento 25/11/2007 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 14,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / 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), 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

25/11/2007

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

25/11/2007

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

25/11/2007

53-Data local e Assinatura da Empresa

Dra. NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE
Cirurgiã - Dentista
CRO: 10035

Dra. NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE
Cirurgiã - Dentista
CRO: 10035