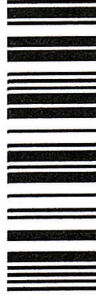


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

430309
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/11 11/12/01	4-Data de Autorização 13/01/11 11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8100505	7-Data Validade da Senha 12/18/10 12/1/12 11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102012533816350001010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
ANTONIA JOELMA VIEIRA

14-Teléfono
28/06/1986

15-Nome do titular do plano
ANTONIA JOELMA VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	18-Número no CRO 8314	19-UF CE	20-Código CBO S 025 -	21-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

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-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 de Glosa 42-Assinatura
1-0101815110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	1	61,00	0,00	0,00	S	30/11/20	
2-01018110000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	1	34,00	0,00	0,00	S	30/11/20	
3-1111111111111111											
4-1111111111111111											
5-1111111111111111											
6-1111111111111111											
7-1111111111111111											
8-1111111111111111											
9-1111111111111111											
10-1111111111111111											
11-1111111111111111											
12-1111111111111111											
13-1111111111111111											
14-1111111111111111											
15-1111111111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	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 915,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 13/01/11 11/12/01 Roberto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/11 11/12/01 Antonia Joelma	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/11 11/12/01 Antonia Joelma	53-Data, local e Assinatura do Profissional 13/01/11 11/12/01 ROBERTA CUNHA VASCONCELOS
--	---	---	--