



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2011	4-Dia de Autorização 12/09/2011	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8250293	7-Dia Validade da Série 12/09/2014
--------------------------	---	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

465649
INTERCÂMBIO

8-Atuante da Clínica 0101202534700600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Clínica 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome FRANCISCO ANTONIO OLIVEIRA VITAL	04/08/1971	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FRANCISCO ANTONIO OLIVEIRA VITAL
---	------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN 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 65239903387	22-Nome do Contratado Exatidão ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	23-Número no CRO 8314	24-UF CE	25-Código CHES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taboide	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-Dia de Realização	41-Motivo da Glor	42-Atividade
1-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	12/09/11	2021x	-
2-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	12/09/11	2021x	-
3-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	12/09/11	2021x	-
4-010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00		S	12/09/11	2021x	-
5-111												
6-111												
7-111												
8-111												
9-111												
10-111												
11-111												
12-111												
13-111												
14-111												
15-111												
43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Procedimento	47-Valor Total R\$	48-Total Quantidade US	49-Valor Total R\$	50-Total Quantidade US	51-Tipo de Procedimento	52-Tipo de Tratamento	53-Tipo de Procedimento	54-Tipo de Tratamento	55-Tipo de Procedimento
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-1-Tipo 2-Parcial	244,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

23.769.061/0002-021

ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI

56-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/09/11 Dr. Roberto Vasconcelos	57-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/09/11 Dr. Roberto Vasconcelos	58-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/11 Fd. Leobas Centro CEP 66.025-160	59-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/11 Fd. Leobas Centro CEP 66.025-160
CRU - CIRURGIA - DENTISTA CRO-CE 8314	CRU - CIRURGIA - DENTISTA CRO-CE 8314	CRU - CIRURGIA - DENTISTA CRO-CE 8314	CRU - CIRURGIA - DENTISTA CRO-CE 8314