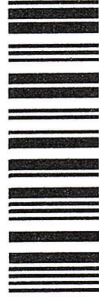


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

441918
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2012	4-Data de Autorização 16/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8150210	7-Data Validade da Senha 16/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025395870000101	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
GLAYOSON MENDES ROCHA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
GLAYOSON MENDES ROCHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

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
1-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00					Glaysom
2-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00					Glaysom
3-0008100065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00					Glaysom
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 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 156,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 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 16/11/2012 Roberto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2012 Roberto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2012	53-Data, local e Assinatura do Encarregado 16/11/2012
---	---	---	--

ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI
R. Barão do Rio Branco, 1071 Sls. 20º e 202
Ed. Lobras Centro CEP- 60.025-160
Fortaleza - CE