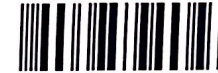




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

714181
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/2011	4-Data de Autorização 23/09/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9087722	7-Data Validade da Senha 21/12/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202539443600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KARINE RODRIGUES DO NASCIMENTO		14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano KARINE RODRIGUES DO NASCIMENTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MICHELLY PEDROSA MONTEIRO CAVALCANTE	18-Número no CRO 10444	19-UF CE	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 031590546336	22-Nome do Contratado Executante MICHELLY PEDROSA MONTEIRO CAVALCANTE	23-Número no CRO 10444	24-UF CE	25-Código CNES	Enviar - RX (F) 85200166-22
26-Nome do Profissional Executante MICHELLY PEDROSA MONTEIRO CAVALCANTE		27-Número no CRO 10444	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
1-0085200166		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	22	1	1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
258,00	0,00			19/10/2011	Karine
43-Data Previsão Término do Tratamento / /					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 258,00	47-Valor Total R\$ 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
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 19/10/2011 Dra. Michelly Cavalcante Cirurgiã Dentista CRO/CE 10.444		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/2011 Dra. Michelly Cavalcante Cirurgiã Dentista CRO/CE 10.444		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/2011 Karine	
53-Data, local e Carimbo da Empresa		54-Data, local e Carimbo da Empresa			

Clínica Odonto Bem Estar
- CNPJ: 06.512.011/0001-89
- CEP: 61.120-110
- Fone: (85) 3222-1114
- E-mail: atendimento@odonto.com.br
- Endereço: Av. Monsenhor Tabosa, 824 - P. Ind. - Fortaleza/CE