



1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/11 12/12/01	4-Data de Autorização 11/8/11 12/12/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8153211	7-Data Validade da Sentença 11/7/10 13/11/21
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

442617
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 0002025342597000000102
--

8-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11
--

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUIS HENRIQUE ALVES DE OLIVEIRA
--

06/04/2008

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano JULIETE ALVES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentist/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
1-0	0830000189	EXODONTIA SIMPLES DE	55	1	1	73,00	0,00		S			
2-0	0830000189	EXODONTIA SIMPLES DE	65	1	1	73,00	0,00		S			
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 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 1146,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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 11/11/11 12/12/01 Roberte	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 12/12/01 Roberte	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 12/12/01	53-Data, local e Assinatura do Profissional 11/11/11 12/12/01
--	--	--	--

ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI
 R. Barão do Rio Branco, 1071 Sítio 20º 9202
 Ed. Lobras Centro CEP- 60.025-060
 Fortaleza - CE