



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/01 4-Data de Autorização 11/11/01 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8185865 7-Data Validade da Série 11/11/04 8-Data Validade da Guia 11/11/04

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253357230000001011 9-Tipo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FRANCISCO ROBERTO MEDEIROS MACIEL 27/10/1967 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano FRANCISCO ROBERTO MEDEIROS MACIEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Substituto 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 CHES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 8314 28-UF CE 29-Código CBO S 30-Enviar - RX Enviar - RX (f) 85100218

Pelo do Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Dose	42-Assinatura
1-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OLD	1	122,00	0,00			11/11/01		Roberta
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia 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-Parcela 46-Total Quantidade US 122,00 47-Vol Total R\$ 10,00 48-Total Franchia / 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), 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

123.769.061/0002-02

ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI

50-Data local e Assinatura do Cliente/Responsável Solicitante 11/11/01 Roberta Cunha 51-Data local e Assinatura do Profissional de Clínica/Cirurgia 11/11/01 Roberta Cunha 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/01 Roberta Cunha 53-Data local e Assinatura do Profissional de Clínica/Cirurgia 11/11/01 Roberta Cunha

Dra. Roberta C. Vasconcelos
 CIRURGIÁ - DENTISTA
 CRO-CE 8314

Dra. Roberta C. Vasconcelos
 CIRURGIÁ - DENTISTA
 CRO-CE 8314

Dra. Roberta C. Vasconcelos
 CIRURGIÁ - DENTISTA
 CRO-CE 8314

Fortaleza - CE