



432435
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/2012	4-Data de Autorização 03/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8109578	7-Data Validade da Senha 02/03/2013
Dados do Beneficiário			Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		
8-Número da Carteira 002025331640000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome BARBARA HONORATO MONTEIRO		14-Telefone () 81919023		15-Nome do Titular do plano ROBERTO DE FREITAS MONTEIRO	
16-Atendimento a RVN N			17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS		18-Número no CRO 8314
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 65239903387			22-Nome do Contratado Executante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS		23-Número no CRO 8314
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS			27-Número no CRO 8314		28-UF CE
29-Código CBO S			25-Código CNES		
24-UF CE			29-Código CBO S		

13- Tabela	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	000		S	03/12/20		Maria
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	7200	000		S	03/12/20		Maria
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 10600	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000
---	--	---	---------------------------------	---------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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 e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 03/12/20 Roberta	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/12/20 Roberto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/12/20 Maria da Silva Honorato	53-Data, local e Assinatura da Empresa 03/12/20 Roberto
---	---	---	--

Dr. Roberta C. Vasconcelos
CRO-CE 8314

Dr. Roberto C. Vasconcelos
CRO-CE 8314

23.769.061/0002-02
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI
R. Barão do Rio Branco, 1071 Sls. 20º e 202
Ed. Lobras Centro CEP- 60.025-060
Fortaleza - CE