



33

451786
INTERCÂMBIO

Condições de Beneficiário

Número da Carteira	00202533587800000102
B-Plano	
POS REDE PRESTADORA	
NO-Empresa	
DENTAL UNI COOPERATIVA	
TI-CODE VARIACION DA CARTEIRA	/ / / / / / / / / /
TOKEN/IMPRESSO	

13-NOME
ANTONIA BELGICA RAFAEL DE MAGALHAES

25/02/1972

14-1-RELEIÇÃO
()

15-RELEIÇÃO DO SÍMBOLO DO PAVILHÃO
YAGO RAFAEL DE MAGALHAES

Dadois do Contribuinte Pde por sobre o pelo Tratamento

15-Atendimento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	18-Número no CRO	8314	19-UF	CE	20-Código de origem	025 -	Faturar Empresa
---------------------	---	-------------------------------------	---------------------------	------------------	------	-------	----	---------------------	-------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	65239903387
22-Nome do Contratado Executante	ROBERTA CUNHA VASCONCELOS
23-Número no CNPJ	8314
24-UF	CE
25-Código CACES	

28-Norma do Profissional Excedente

ROBERTA CUNHA VASCONCELOS

Plano de Tratamiento / Procedimientos Coleccionados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fase	35-QD	36-Curativo US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Exclusão	42-Assinatura
1.10.0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	6100	0,00		S	15/01/24		Amora

Handwriting practice sheet for the letter 'l'. The sheet contains 15 rows, each starting with a number (2-16) and a small diagram of the letter 'l' with stroke order arrows. The rest of each row is a series of dashed 'l' characters for tracing, followed by solid 'l' characters for independent practice.

43-Data Previsto Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	
1-Tratamento Clínico 2-Exame Radiológico 3-Oncoterapia 4-Urgência/Emergência	
45-Tipo de Faturamento	
1-Total 2-Fracionado	
46-Total Quantidade US\$	6100
47-Valor Total R\$	000
48- total Transfusão / Co-pontoclinico etc	

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), autoriza 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.

40-Observe/inght

23.769.061/0002-02

50-Dota, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2014 Poliete Cunha	51-Dota, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2014 Poliete Cunha	52-Dota, local e Assinatura do Psicólogo / Responsável 12/10/2014	53-Dota, local e Cartão de Entrega 12/10/2014 Bairro do Rio Branco, 1071 S/c. 20° e 21° Cobras Centro CEP - 60.025-160
--	--	--	---

Dra. Roberta C. Vasconcelos
DENTISTA

CIRURGIA - DENTISTA
CON 45 ANNI

α Antenna Adgic di gagathran

Fortalizo - CH