

440178
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2020	4-Data de Autorização 15/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8142203	7-Data Validade da Senha 14/03/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 002025331640000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROBERTO DE FREITAS MONTEIRO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ROBERTO DE FREITAS MONTEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RVN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	18-Número no CRO 8314	19-UF CE	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
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-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DP	1	8800	000		S	/ /		
2-										/ /		
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 8800	47-Valor Total RS 000	48-Total Franquia / Co-participação RS
---	--	---	--------------------------------	--------------------------	--

Dedaro, 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 15/11/2020 Roberta	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2020 Roberto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2020 Roberto de Freitas Monteiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/2020 Roberto
---	---	---	---

Dra. Roberta C. Vasconcelos

Dra. Roberta C. Vasconcelos

23.769.061/0002-02
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI
R. Barão do Rio Branco, 1071 Sls. 201º202
Ed. Lobras Centro CEP: 60.025-060
Fortaleza - CE