



440179
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 1 2 / 2 0	4-Data de Autorização 1 5 / 1 2 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8142208	7-Data Válida da Senha 1 4 / 0 3 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 0 5 3 3 3 1 6 4 0 0 0 0 1 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/_/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BARBARA HONORATO MONTEIRO		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROBERTO DE FREITAS MONTEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendramento a RIV N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	18-Número na CRO 8314	19-LF CE	20-Código CBO S	025 - Empresário
----------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------	---------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 652399033817	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	23-Número no CRO 8314	24-UF CE	25-Código CNES
---	---	--------------------------	-------------	----------------

[illegible]

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cld	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	6 1 0 0	0 0 0		S	/ /	/ /	<i>[Assinatura]</i>
2-										/ /	/ /	
3-										/ /	/ /	
4-										/ /	/ /	
5-										/ /	/ /	
6-										/ /	/ /	
7-										/ /	/ /	
8-										/ /	/ /	
9-										/ /	/ /	
10										/ /	/ /	
11										/ /	/ /	
12										/ /	/ /	
13										/ /	/ /	
14										/ /	/ /	
15										/ /	/ /	

43-Data Previsto 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	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1	1	6100	000	

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(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 devidos ao mesmo pelo(s) procedimento(s) realizado(s), comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-observação

95-008670-00

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/11/2023 Roberto	15/11/2023 Roberto	15/11/2023	15/11/2023

Don Roberto C. Vasconcelos

Dr. Roberto C. Karguac

Barbara Hemerik Montu

23.769.061/0002-02
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI
R. Barão do Rio Branco, 1071 Sls. 201º e 202
Ed. Lomas Centro CEP- 60.025-060
Fortaleza - CE