



1161914
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2019	4-Data de Autorização 27/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10410738	7-Data Validade da Senha 26/11/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202551160700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARIA SANTOS DO NASCIMENTO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA SANTOS DO NASCIMENTO
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	18-Número no CRO 8314	19-UF CE	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23769061000202	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI	23-Número no CRO 8314	24-UF CE	25-Código CNES 0118656
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS		27-Número no CRO 8314	28-UF CE	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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 R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00		S	27/09/22		Mozzi
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	L	1	61,00	0,00		S	27/09/22		Mozzi
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	27/09/22		Mozzi
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 183,00	47-Valor Total R\$ 23.769,06	48-Valor Total R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------

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/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.

Ed. Lobras Centro CEP: 60.025-060

Fortaleza - CE

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/09/22 Roberta Cunha	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/09/22 Roberta Cunha	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/09/22 Mozzi	53-Dado, local e Assinatura da Empresa 27/09/22 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