



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/21 4-Data de Autocancelação 12/10/21 5-Será Autorizado AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8185943 7-Data Validade da Guia 11/10/21

451478 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253357230000010101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Autorização do Centro Nacional de Saúde

13-Nome FRANCISCO ROBERTO MEDEIROS MACIEL

27/10/1987

14-Telefone

15-Nome do titular do plano FRANCISCO ROBERTO MEDEIROS MACIEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS

18-Número no CRO 8314

19-UF CE

20-Código CBO 8

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / OAPU / CPF 6523903387

22-Nome do Contratado Excludente ROBERTA CUNHA VASCONCELOS

23-Número no CRO 8314

24-UF CE

25-Código CNEB

26-Nome do Profissional Excludente ROBERTA CUNHA VASCONCELOS

27-Número no CRO 8314

28-UF CE

29-Código CBO 8

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Teledia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Área	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módulo da Guia	42-Assinatura
1-0	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	28	1	7	3,00	0,00			11/10/21		ROBERTA CUNHA VASCONCELOS
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Fraturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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, a 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 este documento, o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI

R. Barão do Rio Branco, 1071 Slc. 20º e 202

Ed. LOURAS Centro CEP 60.025-060

Fortaleza - CE

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Dra. Roberta C. Vasconcelos
CIRURGIÁ - DENTISTA
CRP-CE 8314

Dra. Roberta C. Vasconcelos
CIRURGIÁ - DENTISTA
CRP-CE 8314

Dra. Roberta C. Vasconcelos
CIRURGIÁ - DENTISTA
CRP-CE 8314

Dra. Roberta C. Vasconcelos
CIRURGIÁ - DENTISTA
CRP-CE 8314