

435706
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2020	4-Data de Autorização 07/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8122275	7-Data Validade da Senha 07/11/2021
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 0020253386350000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANTONIA JOELMA VIEIRA		14-Telefone 28/06/1986	15-Nome do titular do plano ANTONIA JOELMA VIEIRA		
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
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	Enviar - RX (1) 85100200
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		32-Descrição		33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	RESTAURAÇÃO RESINA		16	MO	1	88,00	0,00	0,00	S	07/12/20		Antonia
1-													
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		88,00		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.

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/20 Roberto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20 Roberto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20 Antonia joelma vieira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/20 Roberto

Dra. Roberta C. Vasconcelos
Cirurgiã DentistaDra. Roberta C. Vasconcelos
Cirurgiã Dentista23.769.061/0002-02
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI
R. Barão do Rio Branco, 1071 Slc. 20º e 202
Ed. Lobras Centro CEP: 60.025-060
Fortaleza - CE