



1-Registro ANS 406414 3-Caixa de Emissão da Guia 1 9 1 0 1 1 2 1 4-Data de Autorização 1 9 1 0 1 1 2 1 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8210056 7-Data Validade da Série 1 9 1 0 4 1 2 1

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 6 5 6 4 0 0 0 0 1 0 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome do Sufr do plano JOYCEKELLY BARROSO DOURADO

14-Teléfono 15-Nome do Profissional Escalado JOYCEKELLY BARROSO DOURADO 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Escalado ROBERTA CUNHA VASCONCELOS 18-Número no CRO 8314 19-UF CE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 16 5 2 3 9 9 0 3 3 8 7 1 22-Nome do Contratado Executante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS 23-Número no CRO 8314 24-UF CE 25-Código CBO S 26-UF CE 27-Número no CRO 8314 28-Código CBO S

29-Nome do Profissional Escalado ROBERTA CUNHA VASCONCELOS

30-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Valor	35-Valor	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Exclusão	42-Assinatura
1-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	23	1	73,00	0	0,00	0	0	19/01/21		JOYCEKELLY
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prorrogada Tratamento do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 73,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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) 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-Data Real e Assinatura do Profissional Escalado 19/01/21 ROBERTA CUNHA VASCONCELOS 50-Data Real e Assinatura do Profissional Escalado 19/01/21 JOYCEKELLY BARROSO DOURADO 51-Data Real e Assinatura do Profissional Escalado 19/01/21 JOYCEKELLY BARROSO DOURADO 52-Data Real e Assinatura do Profissional Escalado 19/01/21 JOYCEKELLY BARROSO DOURADO 53-Data Real e Assinatura do Profissional Escalado 19/01/21 ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI

Dr. Roberto C. Vasconcelos DENTISTA Dr. Roberto C. Vasconcelos CIRURGIÃO - DENTISTA R. Barão do Rio Branco, 1071 Slc. 201 e 202 Ed. Lofras Carito CEP - 60.025-060