

433384
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012	4-Data de Autorização 03/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113419	7-Data Validade da Senha 03/11/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202533316400000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome DANIEL HONORATO MONTEIRO		14-Telefone (11) 8119119023	15-Nome do titular do plano ROBERTO DE FREITAS MONTEIRO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RV 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								
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												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	6100	0000		S	03/12/20		
2	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	6100	0000		S	03/12/20		
3	00811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0000		S	03/12/20		
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 156100		47-Valor Total RS 0000		48-Total Franquia / Co-participação RS		
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 03/12/20 Roberto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/12/20 Roberto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/12/20 Daniel	53-Data, local e Carimbo de Empresa 03/12/20 Roberto
---	---	--	---

Dra. Roberta C. Vasconcelos
C.R.O. 8314 - UF CEDra. Roberta C. Vasconcelos
C.R.O. 8314 - UF CE23.769.061/0002-02
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI
R. Barão do Rio Branco, 1071 Sls. 20º e 202
Ed. Lobras Centro CEP: 60.025-060
Fortaleza - CE