



363376
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 8/12/0	4-Data de Autorização 12/8/10 8/12/0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7818649	7-Data Vencida da Semana 12/3/11 1/12/0
Dados do Beneficiário				8-Data Validade da Condutor	9-Número da Guia N

9-Endereço da Carteira	10-Empresa	11-Detalhe Validade da Carteira	12-Número do Cartão
00020253146190000101	DENTAL UNI COOPERATIVA	11/11/11	
13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano	
ANA PAULA MARTINS VASCONCELOS	() - - - - -	ANA PAULA MARTINS VASCONCELOS	
16/12/1995			

16-Indicador de Contrato Rescindível pelo Tratamento 17-Alinhamento à RN		17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO		18-Número no CRO 563		19-U/F AP		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9 3 8 9 4 8 1 3 2 5 3		22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		23-Número no CRO 563		24-U/F AP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO				27-Número no CRO 563		28-U/F AP		29-Código CBO S	

025 -

Faturar Empresa

[illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☒ 1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 5 4 0 , 0 0
47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 e contrariar. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) de que trata a forma, e por mim assinado(s), foi/vão 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.

14b. Oudemansia

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Sanitário / Responsável

53-Data local e Carimbo da Empresa

Mrs Pauline Martins Vasconcelos