

426712
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/2011	4-Data de Autorização 25/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8085505	7-Data Validade da Senha 22/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533572200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA LUIZA MEDEIROS MOURA		14-Telefone 24/06/2011	15-Nome do titular do plano TATHIANA BRITO DE MEDEIROS		
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 R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0085100099	RESTAURAÇÃO AMÁLGAMA 1	55	O	1	5800	0000					Tathiana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão 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 5800		47-Valor Total R\$ 000		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, 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 25/11/2011 Roberta	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/2011 Roberta	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/2011 Tathiana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/2011 Roberta

Dr. Roberto C. Vasconcelos
CIRURGIÃO - DENTISTA
CRO-CE 8314Dr. Roberto C. Vasconcelos
CIRURGIÃO - DENTISTA
CRO-CE 8314.. / 69.061/0002-021
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI
R. Barão do Rio Branco, 1071 Sis. 201º/202
Ed. Lobras Centro CEP: 60.025-060
Fortaleza - CE