



425915
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/20	4-Data de Autorização 27/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8082502	7-Data Validade da Senha 22/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 002025354630000101									
13-Nome MARIA BARBOSA FERREIRA				14-Telefone () - -		15-Nome do Titular do plano MARIA BARBOSA FERREIRA			
31/12/1973									

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8314		19-UF CE		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS					
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		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-0	8	RESTAURAÇÃO RESINA	17	M	1	6,100	0,00		27/11/20		Roberta
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 6,100	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) 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 27/11/20 Roberta Dra. Roberta C. Vasconcelos CIRURGIA - DENTISTA CRO-CE 8314	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/20 Roberta Dra. Roberta C. Vasconcelos CIRURGIA - DENTISTA CRO-CE 8314	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/20 Maria MARIA BARBOSA FERREIRA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/11/20 Roberta 23.769.061/0002-02 ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI R. Barão do Rio Branco, 1071 Ste. 201*202 Ed. Lobs Centro CEP: 60.025-060 Fortaleza - CE
--	--	---	---