



432725
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/12/20	4-Data de Autorização 03/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8110593	7-Data Validade da Senha 02/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202533572200000101		13-Nome TATHIANA BRITO DE MEDEIROS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano TATHIANA BRITO DE MEDEIROS			

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-UF CE		27-Código CBO S	
28-Nome do Profissional Executante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS				29-Número no CRO 8314		30-UF CE		31-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
33-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
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	6100	000		S
2									
3									
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 6100	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 02/12/20 Roberto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/20 Roberto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20 Tathiana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/12/20 Roberto
---	---	--	---

Dr. Roberto C. Vasconcelos
Cirurgião - Dentista
CRC-CE 0314

Dr. Roberto C. Vasconcelos
Cirurgião - Dentista
CRC-CE 0314

23.769.061/0002-02
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI
R. Barão do Rio Branco, 1071 Sls. 201º e 202
Ed. Lobras Centro CEP: 60.025-060
Fortaleza - CE