

421881
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/11/20	4-Data de Autorização 25/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8065239	7-Data Validade da Senha 16/12/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Número da Carteira 002025357220000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TATHIANA BRITO DE MEDEIROS		14-Telefone () -		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-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS		27-Número no CRO 8314		28-UF CE		29-Código CBO S					

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 da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400				25/11/20		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 3400	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 25/11/20 Roberta	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/20 Roberta	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/20 Tathiana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/20 Roberta
---	---	--	---

Dra. Roberta C. Vasconcelos
CIRURGIÁ - DENTISTA
CRO-CE 8314Dra. Roberta C. Vasconcelos
CIRURGIÁ - DENTISTA
CRO-CE 831423.769.061/0002-02
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI
R. Barão do Rio Branco, 1071 Sis. 201e202
Ed. Lobras Centro CEP: 60.025-060
Fortaleza - CE