



479797
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 0 2 / 2 1	4-Data de Autorização 2 3 / 0 2 / 2 1	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8199646	7-Data Validade da Senha 1 5 / 0 4 / 2 1
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 4 9 0 8 5 0 0 7 7 7 2 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDREA PAULA DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDREA PAULA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS		18-Número no CRO 8314	19-UF CE	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6 5 2 3 9 9 0 3 3 8 7		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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-26

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 da Glosa	42-Assinatura	
1-	0 0 8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	5 3 3 0 0	0 0		S		3 0 4 0		
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 5 3 3 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0		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 / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	