



433809
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2020	4-Data de Autorização 04/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8114866	7-Data Validade da Senha 03/10/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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		16-Alendamento a RVN 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-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-000820000859		EXODONTIA DE RAIZ	44		1	73,00	0,00		S	04/12/20		Tathiana
2-										/	/	
3-										/	/	
4-										/	/	
5-										/	/	
6-										/	/	
7-										/	/	
8-										/	/	
9-										/	/	
10-										/	/	
11-										/	/	
12-										/	/	
13-										/	/	
14-										/	/	
15-										/	/	

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	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 04/12/20 Roberta	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/12/20 Roberta	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20 Tathiana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/12/20 Roberta
---	---	--	---

Dr. Roberto C. Vasconcelos
Cirurgião-Dentista
CRM 12345

Dr. Roberto C. Vasconcelos
Cirurgião-Dentista
CRM 12345

23.769.061/0002-02
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI
R. Barão do Rio Branco, 1071 Slc. 201e202
Ed. Lobras Centro CEP: 60.025-060
Fortaleza - CE