



454556
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/01/21	4-Data de Autorização 18/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8199640	7-Data Validade da Senha 15/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202534348800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIEGO GONCALVES DE OLIVEIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DIEGO GONCALVES DE OLIVEIRA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	18-Número no CRO 18203	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02125354713	22-Nome do Contratado Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	23-Número no CRO 18203	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000405 (II) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (II) 81000375-RME (I) 81000375-RPD	
26-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI		27-Número no CRO 18203	28-UF RJ	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 Glósa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	22/01/21		X
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	22/01/21		X
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	22/01/21		X
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	22/01/21		X
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	22/01/21		X
6-												
7-												
8-		SDO - Serviço de Documentação Odontológica										
9-		Diego Gonçalves de Oliveira 92764										
10-		22/01/2021 15:34:31 Tel.: 2498659322										
11-		20/09/1986 VR OdontoLife										
12-		Dr. Leno dos Santos Rodrigues										
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 134,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado / / C. D. Rodrigues CRO 18203-0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/01/21 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--