



429175
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/20	4-Data de Autorização 01/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8095857	7-Data Validade da Senha 25/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533516100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL VIEIRA DOS SANTOS		14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano DANIEL VIEIRA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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
26-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI		27-Número no CRO 18203	28-UF RJ	29-Código CBO S

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 Causa e Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	07/12/20	[Assinatura]
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

SDO - Serviço de Documentação Odontológica
Daniel Vieira dos Santos
07/12/2020 11:24:3
22/07/1965
Dra. Kenya S. Kajiwara
Tel.: 91632 988135005
VR OdontoLife

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--