



419299
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2020	4-Data de Autorização 17/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8054507	7-Data Validade da Senha 14/02/21
8-Número da Carteira 00202533436400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATALIA AFONSO MOREIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NATALIA AFONSO MOREIRA	
18/12/1992					
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					
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-UF RJ					
27-Número no CRO 18203					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					
25-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI					

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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 Glusa	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00					Natalia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica
Natalia Afonso Moreira 91012
19/11/2020 13:57:34 Tel.: 98866164
18/12/1992 VR OdontoLife
Dr. Reinaldo Pinto Matos

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 78,00	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(ram) 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 / / C.D. Reinaldo Pinto Matos CRO 18203-0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / Natalia Afonso Moreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--