



403864
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2020	4-Data de Autorização 26/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7991681	7-Data Validade da Senha 21/10/21
8-Número da Carteira 00202530291100000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MIGUEL FIGUEIREDO BOTELHO		14-Telefone 27/03/2014	15-Nome do titular do plano JESSICA DOS SANTOS FIGUEIREDO BOTELHO		
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 Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI		27-Número no CRO 18203	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000421-RPSE

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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			27/10/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00			27/10/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica
Miguel Figueiredo Botelho 90006
27/10/2020 08:53:01 Tel.: 988432266
27/03/2014 VR OdontoLife
Dra. Mariana Gomes

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 92,00	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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--