



405776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2020	4-Data de Autorização 10/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999371	7-Data Validade da Senha 12/01/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202532675900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome REGIANE ROSA DE SOUZA		14-Telefone (11) 3341-6867		15-Nome do titular do plano REGIANE ROSA DE SOUZA		

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) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPE (I) 81000421-RII	
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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	05/11/2020		Regiane Rosa de Souza
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	05/11/2020		Regiane Rosa de Souza
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	05/11/2020		Regiane Rosa de Souza
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	05/11/2020		Regiane Rosa de Souza
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	05/11/2020		Regiane Rosa de Souza
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	05/11/2020		Regiane Rosa de Souza
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica
Regiane Rosa de Souza 90410
05/11/2020 15:38:20 Tel.: 33416869
12/07/1999 VR OdontoLife
Dr. Lleno dos Santos Rodrigues

43-Data Previsto 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 84,00	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 05/11/2020 / Regiane Rosa de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--