



410701
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8019288	7-Data Validade da Senha 01/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		3-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa VIP CLUB ADM E TERCEIRIZACAO		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202522355700043504				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCELO ALVES DE ANDRADE			
13-Nome MAYARA SANTOS DE ANDRADE									

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 18203		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CINTIA CAETANO CAVALCANTI		23-Número no CRO 18203		24-UF RJ		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02125354713		22-Nome do Contratado Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI		27-Número no CRO 18203		28-UF RJ		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI									

30-Tabeta	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			16/11/2020		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			16/11/2020		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			16/11/2020		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00			16/11/2020		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica
Mayara Santos de Andrade 90845
16/11/2020 14:56:1; Tel: 998315680
07/12/2010 VR OdontoLife
Dra. Adriane Leal Muniz

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 56,00	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 16/11/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 16/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--