



422316
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/11/11/20	4-Data de Autorização 23/11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8066831	7-Data Validade da Senha 16/02/12/11
--------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202530291100000103		13-Nome MIGUEL FIGUEIREDO BOTELHO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JESSICA DOS SANTOS FIGUEIREDO BOTELHO			
		27/03/2014							

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					

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-	00345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00		S	24/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica

Miguel Figueiredo Botelho 91137
24/11/2020 12:47:35 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 381,00	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 24/11/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Cintia Caetano Cavalcanti
C.D. Radiologia
CRO 18203-0