



448668
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/01/21	4-Data de Aulização 08/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8175761	7-Data Validade da Senha 06/04/21
8-Número da Carteira 010202531767200010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 01/01/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Nome HUGO LEONARDO DOS REIS
16-Atendimento a RN CINTIA CAETANO CAVALCANTI	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 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
25-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	22-Nome do Contratado Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	23-Número no CRO 18203	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Solicitador CINTIA CAETANO CAVALCANTI
27-Número no CRO 18203	28-UF RJ	29-Código CBO S	Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		

30-Tabela 31-Código do Procedimento 10081000405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data da Realização 41-Motivo da Ciosa 42-Assinatura	43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cordão 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\$ 0,00
49-Observação 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao 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), foram realizados, com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.							
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Profissional 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa							