



377152
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/20	4-Data de Autorização 01/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7879515	7-Data Validade da Senha 16/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253185130000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAGNO JOSE DOS SANTOS			14-Telefone 29/12/1992 () - - - - -	15-Nome do titular do plano MAGNO JOSE DOS SANTOS	
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 da 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) 81000375-RPE
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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	01/10/20		*magne
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	01/10/20		*magne
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	01/10/20		*magne
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	01/10/20		*magne
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	01/10/20		*magne
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica
Magno Jose dos Santos
 01/10/2020 14:42:51
 29/12/1992
 Dra. Adriane Leal Muniz
 89122
 Tel.: 998780412
 VR OdontoLife

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 278,00	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 Contratado Executante / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/20 *magne	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	--	--