



427039
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/11/2020	4-Data de Autorização 27/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8086712	7-Data Validade da Senha 23/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253365030000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JAYME AUGUSTO DE ARAUJO FILHO		14-Telefone 21/03/1970	15-Nome do titular do plano JAYME AUGUSTO DE ARAUJO FILHO		
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
26-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI		27-Número no CRO 18203	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000421- (I) 81000421-RCIE (I) 81000421-RPID (I) 81000421- (I) 81000421-RPSE (I) 81000421-RII (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RPIE (I) 81000421-

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 Glósa	42-Assinatura
1-	00810000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	03/12/2020		
2-	00810000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	03/12/2020		
3-	00810000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	03/12/2020		
4-	00810000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	03/12/2020		
5-	00810000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	03/12/2020		
6-	00810000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	03/12/2020		
7-	00810000421	RX PERIAPICAL	RCIE		1	14,00	0,00		S	03/12/2020		
8-	00810000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	03/12/2020		
9-	00810000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00		S	03/12/2020		
10-	00810000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	03/12/2020		
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Valor Total R\$ 140,00	46-Valor Total R\$ 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	------------------------------	----------------------------	----------------------------	---

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(ram) 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 03/12/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/12/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/12/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	---	--