



395608
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/11/2020		4-Data de Autorização 14/11/2020		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7957174		7-Data Validade da Senha 12/01/21		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202532116800001011				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLAUDIA MARIA COELHO NUNES DE MEDEIROS						14-Telefone 14/05/1964		15-Nome do titular do plano CLAUDIA MARIA COELHO NUNES DE MEDEIROS				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RM 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-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI				26-Número no CRO 18203				27-UF RJ		28-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
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-Signatura
1-0081000294		LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	14/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-		SDO - Serviço de Documentação Odontológica										
7-		Claudia Maria Coelho N Medeiros 89526										
8-		14/10/2020 14:12:26										
9-		14/05/1964										
10-		Dr. Odontolife										
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-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 222,00												
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 Contratado / / A. D. Radiologista CRO 18203-0												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/20												
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /												