2-Nº

343654
INTERCÂMBIO

22/07/20	28/07/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 7725010	7-Data Validade da Senha: 20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205306192000001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LILIANE DE AGUIAR DA SILVA	08/06/1986	( ) -	LILIANE DE AGUIAR DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL	40848	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
10256583706	FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL	40848	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL	40848	RJ	

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	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 do Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	82008016	EXODONTIA A RETALHO	44		1	73,00	0,00		S	25/09/20		
2-	00	82008016	EXODONTIA A RETALHO	46		1	73,00	0,00		S	25/09/20		
3-	00	82008016	EXODONTIA A RETALHO	47		1	73,00	0,00		S	25/09/20		
4-	00	82008016	EXODONTIA A RETALHO	48		1	73,00	0,00		S	25/09/20		
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	292,00	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/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	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / 25/09/20 Dr.ª Fernanda de Lima R. Germano Cirurgiã Dentista CRO/RJ 40848	/ / 25/09/20 Dr.ª Fernanda de Lima R. Germano Cirurgiã Dentista CRO/RJ 40848	/ / 25/09/20 Dr.ª Fernanda de Lima R. Germano Cirurgiã Dentista CRO/RJ 40848	/ / ALEFE CENTRO ODONTOLÓGICO LTDA - EPP CNPJ: 28.496.564/0001-86