



374765
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/20	4-Data de Autorização 28/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7868285	7-Data Validade da Senha 13/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MUNICIPIO DE ITATIAIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202526212300014903		13-Nome DIOGENES NUNES BARBOSA		14-Telefone 03/08/1984		15-Nome do titular do plano CAROLINE DE PAULA NEIA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 18203		19-UF RJ		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CINTIA CAETANO CAVALCANTI		23-Número no CRO 18203		24-UF RJ		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02125354713		22-Nome do Contratado Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI		27-Número no CRO 18203		28-UF RJ		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI									

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			28/09/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica
Diogenes Nunes Barbosa 88947
28/09/2020 10:25:11 Tel.: 999154017
03/08/1984 VR OdontoLife
Dr. Eduardo A Catapreta

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 Beneficiário / Responsável 28/09/20		52-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---------------	--	--	--	---	--	--	--