



516017
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/04/21	4-Data de Autorização 06/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8453821	7-Data Validade da Senha 05/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534716600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KEZIA VIEIRA DA CUNHA		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano KEZIA VIEIRA DA CUNHA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FACENTER	18-Número no CRO 16188	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72892714753	22-Nome do Contratado Executante LELIA PESSANHA DUARTE	23-Número no CRO 16188	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante LELIA PESSANHA DUARTE		27-Número no CRO 16188	28-UF RJ	29-Código CBO S	(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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	06/04/21		x
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00		S	06/04/21		x
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

03.037.318/0003-05
FACENTER - CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DIGITAL DA FACE LTDA.
Rua da Quitanda, n.º 491 - Sala 804 - 8º Andar
Centro - CEP: 20109-005
RIO DE JANEIRO - RJ

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 28,00	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 06/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/04/21
---	---	---	---



DRA.
Natalia Lopes
cirurgiã-dentista
CRO-RJ 49783

*Solicitado RX periapical isolado
sem laudo dos elementos 18 e 48
para a paciente Kezia Vieira
Cunha.*

Lis, 25/3/21

Dr. Natalia Lopes de Sousa
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO-RJ 49783

 (21) 99501-3204  ntl.lopess@gmail.com  @dra.natalialopess