



396291
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/20	4-Data de Autorização 19/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7960322	7-Data Validade da Senha 13/01/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202531884400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome MONICA SIQUEIRA PINTO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MONICA SIQUEIRA PINTO	
23/09/1966					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			20-Código CBO S 025 -		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CINTIA CAETANO CAVALCANTI		18-Número no CRO 18203	19-UF RJ	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		27-Número no CRO 18203		28-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000421- (I) 81000421-RPII (I) 81000421-RPID (I) 81000421-RCIE (I) 81000421-RPIE

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	RMID		1	14,00	0,00		S	29/10/20		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	29/10/20		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00		S	29/10/20		
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RRII		1	14,00	0,00		S	29/10/20		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RCIE		1	14,00	0,00		S	29/10/20		
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	29/10/20		
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	29/10/20		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica
Monica Siqueira Pinto 90181
29/10/2020 16:14:54 Tel.: 999203433
23/09/1966 VR OdontoLife
Dr. Leonardo Garcia

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 98,00	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/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 29/10/20 Monica Siqueira Pinto	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--