



3633398
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/5/10 8/12/10	4-Data de Autorização 12/7/10 8/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7818691	7-Data Validade da Senha 12/3/11 1/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Aluno da Clínica POS REDE PRESTADORA	9-Plano DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/3/11 1/12/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZ OTAVIO ROZA SOARES	14-Telefone 28/01/2014	15-Nome do titular do plano KETHLEN BRUNA IZIDORO ROZA	

16-Aliamento a R# N	17-Nome do Profissional Solicitante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	18-Número no CRO RJ 18203	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02121253547113	22-Nome do Contratado Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	23-Número no CRO RJ 18203	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX	26-Código CBO S (I) 81000405	27-Número no CRO RJ 18203	28-UF RJ	29-Código CBO S
------------------------	--	------------------------------	-------------	--------------------------	---	---	------------------------------	-------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 34-Face 35-Qnt 36-Quantidade US 37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data da Realização 41-Motivo da Clama 42-Assinatura
--	--	--

SDO - Serviço de Documentação Odontológica
 Luiz Otavio Roza Soares
 88929
 Tel: 992134585
 25/09/2020 16:28:26
 28/01/2014
 VR Odontolife
 Honara Afonso M Barbosa

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Irregularidade	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 781,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

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 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Assinatura da Empresa
---	---	--