



354755
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/20	4-Data de Autorização 10/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7777797	7-Data Validade da Senha 09/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202526192900000101		14-Telefone (11) -		15-Nome do titular do plano JOICE GABRIEL DA SILVA JESUS	
13-Nome JOICE GABRIEL DA SILVA JESUS		22/02/1996			

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		26-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI
		27-Número no CRO 18203	28-UF RJ	29-Código CBO S

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	00345	DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00		S	10/09/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica
Joice Gabriel da Silva Jesus 88346
 10/09/2020 11:07:45 Tel.: 999042604
 22/02/1996 VR OdontoLife
Dra. Julliane de Carvalho Costa

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 381,00	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 10/09/20 Joice Gabriel da Silva Jesus C.D. 18203	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/20 Joice Gabriel da Silva Jesus	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--