



384372
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2020	4-Data de Autorização 29/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7910842	7-Data Validade da Senha 27/12/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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 00202531716000000101									
13-Nome CHAIANE FERNANDES SILVERIO				14-Telefone (11) / /		15-Nome do titular do plano CHAIANE FERNANDES SILVERIO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CINTIA CAETANO CAVALCANTI		18-Número no CRO 18203		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - 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-Código CNES		26-Código CBO S (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE	
28-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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	15/10/20		Chaiane
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	15/10/20		Chaiane
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	15/10/20		Chaiane
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	15/10/20		Chaiane
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	15/10/20		Chaiane
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica
Chaiane Fernandes Silverio 89599
15/10/2020 16:22:31 Tel.: 988221593
01/06/1989 VR OdontoLife
Dra. Nailia Vieira dos Santos

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 278,00	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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2020 Chaiane F. Silverio	52-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--