



411286
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 06/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8021373	7-Data Validade da Senha 02/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253276730000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MYCAELA CRISTINA DE MORAES SANTOS		14-Telefone 21/11/2005 () -	15-Nome do titular do plano ANALIA CRISTINA DE MORAES		
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-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	18/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica

Mycaela Cristina de M Santos 90980
18/11/2020 17:42:4 Tel.: 998439736
21/11/2005 VR OdontoLife
Dr. Leonardo Garcia

43-Data Previsto 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 Cirurgião-Dentista Contratado / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20 Moraes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	--	--