



377939
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/20	4-Data de Autorização 21/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7883271	7-Data Validade da Senha 17/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531313100000106		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA MADALENA RODRIGUES DA SILVA		14-Telefone 05/02/1967 (11) 988383736	15-Nome do titular do plano BRUNA DIANA RODRIGUES HERCULANO		

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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	06/11/2020		Elaine Mota
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica
Maria Madalena R. da Silva 90433
 06/11/2020 09:25:50 Tel.: 988383736
 05/02/1967 VR OdontoLife
Dr. Eduardo A Catapreta

43-Data Prevista 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 222,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /			50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /			51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2020 Elaine Mota			52-Data, local e Carimbo da Empresa / /		
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

Cintia Caetano Cavalcanti
C. D. Radiológico
CRO 18203