



3-Data de Emissão da Guia	11/06/20
4-Data de Autorização	11/06/20
5-Semina	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	50157392
7-Data Validade da Semina	10/09/20

322703
INTERCÂMBIO

10-Endereço	11-Dia Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
COLEGIO ZACCARIA		707607225808695
9-Plano		
POS REDE PRESTADORA		
3 7 4 4 4 5 2 0 0 0 0 0 3 4 0 0 0 5		
8-Idade Carteira		
ano da Carteira		

13
ED/1 LUCIA DA SILVA PADILHA
26/06/1971
14-Telefone
(21) 9 8831-7730
15-Nome do titular do plano
ED/LUCIA DA SILVA PADILHA

Jo Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-JF	20-Código CBO S
ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	801 -

22-Nome do Contratado Executante	24-UF	25-Código CNES
ELIANE BISPO DE ALENCAR	RJ	
23-Número no CRO		
16512		
26-Operadora / CNPJ / CPF		
12 6 2 0 8 3 3 7 8 7		

7a do Profissional Exercente	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

[illegible][illegible]

Handwriting practice lines with dashed midlines and arrows indicating stroke direction.

3-Previsto Término do Tratamento	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
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	3 0 2 0 0
47-Valor Total R\$	0 0 0 0 0
48-Total Franquia / Co-participação	

O, 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 do, 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 do, Declaro, ainda que o(s) procedimento(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, o(s) tratamento(s) realizado(s), comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

53-data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	
52-data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
51-data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	