



368593
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/20	4-Data de Autorização 16/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7842013	7-Data Validade da Senha 01/12/20
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202507367000456701		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome JOSE GILMAR BENTO JUNIOR			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE GILMAR BENTO JUNIOR	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	18-Número no CRO 18203	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02125354713			22-Nome do Contratado Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	23-Número no CRO 18203	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI			26-Número no CRO 18203	27-UF RJ	28-Código CNES
			29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	

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			16/09/20		Jose Gilmar Bento Junior
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica

Jose Gilmar Bento Junior

88531

16/09/2020 09:37:10

Tel.: 022998345063

15/07/1987

VR OdontoLife

Dra. Adriane Leal Muniz

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 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-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/20 Jose Gilmar Bento Junior		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	