



407722
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/10/12/0	4-Data de Autorização 12/09/10/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8007427	7-Data Validade da Senha 12/07/10/12/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202507367000461103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISAAC BRYAN DA SILVA RODRIGUES		14-Telefone 12/04/2011	15-Nome do titular do plano DIOGO ARAUJO RODRIGUES		
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	Enviar - RX (I) 81000405
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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	12/09/10		Isaac Bryan da Silva Rodrigues
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica
Isaac Bryan da Silva Rodrigues 90208
30/10/2020 10:26:14 Tel. 988217998
12/04/2011 VR OdontoLife
Dra. Maria Christine S. Peixoto

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.

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 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
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 12/09/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa		