



376494
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/09/20	4-Data de Autorização 28/09/20	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7876277	7-Data Validade da Seria 15/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527914700009001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LEJI INTERMEDIACAO S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODRIGO FERREIRA DE OLIVEIRA		14-Telefone 17/05/1979	15-Nome do titular do plano RODRIGO FERREIRA DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado (Assinável pelo Tratamento)					
16-Assinamento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA NASCIMENTO PINTOR	18-Número no CRO 31269	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04545688780	22-Nome do Contratado Executante ANDREA NASCIMENTO PINTOR	23-Número no CRO 31269	24-UF RJ	25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Executante ANDREA NASCIMENTO PINTOR		27-Número no CRO 31269	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cena/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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	28/09/20		(R)
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Assinamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	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), 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 Imagem analisada.			
------------------------------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/2020, FORTALEZA, PIAUÍ ANDREA NASCIMENTO PINTOR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/2020, FORTALEZA, PIAUÍ ANDREA NASCIMENTO PINTOR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/2020, FORTALEZA, PIAUÍ RODRIGO FERREIRA DE OLIVEIRA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/09/2020, FORTALEZA, PIAUÍ CENTRO DE BEAUX DENTS
---	---	---	--