



403291
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/20	4-Data de Autorização 26/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7989172	7-Digito Validador da Senha 21101121
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202507367000440402	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 ALESSANDRA DA FREIRA BASTOS MOURA	14-Telefone 15/07/1975	15-Nome do titular do plano ADENIR GERALDO MOURA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	18-Número no CRQ 18203	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 021253547113	22-Nome do Contratado Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	23-Número no CRQ 18203	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421-RPSE
26-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI	27-Número no CRQ 18203	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 81000421-	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	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
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	/ /		
2-00	81000405	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	/ /		
3-00	81000405	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	/ /		
4-00	81000405	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

SDO - Serviço de Documentação Odontológica

Alessandra da Freira Bastos Mou 90481

06/11/2020 16:44:45 Tel.: 999484157

15/07/1975 VR OdontoLife

Dr. Patrick Teobaldo J de Oliveira

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 120,00	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 Profissional Contratado / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--