



410312
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 10/3/11/1/20	4-Data de Autorização 10/6/11/1/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8017730	7-Data Validade da Senha 10/1/10/2/1/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530607200000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIAS FERREIRA DE OLIVEIRA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PAOLLA COSTA DE OLIVEIRA		14-Telefone 22/09/2005 () -	15-Nome do titular do plano ELIAS FERREIRA DE OLIVEIRA		

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 da 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	12/11/20		<i>Paolla Costa de Oliveira</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

SDO - Serviço de Documentação Odontológica
Paolla Costa de Oliveira
12/11/2020 15:42:41
22/09/2005
Dra. Kenya S. Kajiwara
Tel: 24988220786
VR OdontoLife

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 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\$ 0,00
---	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2020 <i>Paolla Costa de Oliveira</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--