



412111  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>05/11/20 | 4-Data de Autorização<br>06/11/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8024746 | 7-Data Validade da Senha<br>03/02/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                  |                                                      |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202531211400000101 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>ROGERIO J DE SOUZA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>ROGERIO JOSE DE SOUZA             |  |                                | 14-Telefone<br>20/04/1967        | 15-Nome do titular do plano<br>ROGERIO JOSE DE SOUZA |                                       |

|                                                    |                                                                  |                                                               |  |                                                                 |                 |                                                             |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento    |                                                                  | 18-Número no CRO<br>18203                                     |  | 19-UF<br>RJ                                                     | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(1) 81000421-RIS |
| 16-Atendimento a RN<br>N                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CINTIA CAETANO CAVALCANTI | 23-Número no CRO<br>18203                                     |  | 24-UF<br>RJ                                                     | 25-Código CNES  |                                                             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>02125354713 |                                                                  | 22-Nome do Contratado Executante<br>CINTIA CAETANO CAVALCANTI |  | 26-Nome do Profissional Executante<br>CINTIA CAETANO CAVALCANTI |                 |                                                             |
|                                                    |                                                                  | 27-Número no CRO<br>18203                                     |  | 28-UF<br>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 Glasa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|---------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000421                | RX PERIAPICAL | RIS             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/11/20              |                    |               |
| 2         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

SDO - Serviço de Documentação Odontológica  
**Rogério Jose de Souza** 90493  
 09/11/2020 08:40:21 Tel: 992983688  
 20/04/1967 VR OdontoLife  
**Dra. Flavia R. de Castro Dias**

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>14,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/11/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|