



371411
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/09/20		4-Data de Autorização 10/09/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7853619		7-Data Validade da Senha 07/12/20		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202507367000162402				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 KELLY DA SILVA GOMES SANTOS						14-Telefone 24/10/1977 () 000-0000		15-Nome do titular do plano HIDEMBERGUE JOSE DOS SANTOS				
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		
26-Nome do Profissional Executante CINTIA CAETANO CAVALCANTI						27-Número no CRO 18203		28-UF RJ		29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			23/09/20		Kelly
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
SDO - Serviço de Documentação Odontológica Kelly da Silva Gomes Santos 88786 23/09/2020 10:01:07 Tel.: 999946192 24/10/1977 VR OdontoLife Dr. Rafael Kenzo de Ramos												
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 222,00												
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 Cirurgião-Dentista / /												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/09/20 Kelly da Silva												
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /												

Carimbo
C.D. Radiologista
CRO 18203-0