



368590
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/09/20	4-Data de Autorização 16/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7842003	7-Data Validade da Senha 01/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202507367000456701		13-Nome JOSE GILMAR BENTO JUNIOR		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JOSE GILMAR BENTO JUNIOR			

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 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	16/09/20		Jose Gilmar Bento Junior
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 78,00	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 Beneficiário / Responsável 16/09/20 Jose Gilmar Bento Junior		52-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---------------	--	--	--	--	--	--	--