



472485  
INTERCÂMBIO

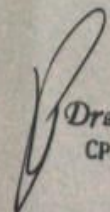
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------|--|--|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/02/21                                                                      |                | 4-Data de Autorização<br>09/02/21                             |        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                       |          | 6-Número da Guia Principal<br>8279558                                 |        | 7-Data Validade da Senha<br>09/05/21  |                    | 472485<br>INTERCÂMBIO                           |  |  |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 8-Número da Carteira<br>0020252344010004902                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |                                                                                                            |                | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                |        | 10-Empresa<br>TAC PAVAN INFORMATICA EIRELI  |          | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                   |        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                    |                                                 |  |  |  |
| 13-Nome<br>MARIA LUCIANA DE LIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        | 14-Telefone<br>( ) -                        |          | 15-Nome do titular do plano<br>MAICO JOAQUIM RODRIGUES DE CAMPOS      |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FACENTER                                                            |                |                                                               |        | 18-Número no CRO<br>16188                   |          | 19-UF<br>RJ                                                           |        | 20-Código CBO S<br>09                 |                    | 025 -<br>Faturar Empresa                        |  |  |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>72892714753                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                | 22-Nome do Contratado Executante<br>LELIA PESSANHA DUARTE     |        |                                             |          | 23-Número no CRO<br>16188                                             |        | 24-UF<br>RJ                           |                    | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(I) 81000405   |  |  |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LELIA PESSANHA DUARTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        | 27-Número no CRO<br>16188                   |          | 28-UF<br>RJ                                                           |        | 29-Código CBO S                       |                    |                                                 |  |  |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição                                                                                               | 33-Dente/Rolão | 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      | 10/02/21                              |                    |                                                 |  |  |  |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                |                                                               |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                                 |  |  |  |
| 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>78,00                                       |        | 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>10/02/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                                                                            |                | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/02/21 |        |                                             |          | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/02/21 |        |                                       |                    | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>10/02/21 |  |  |  |



MARIA LUCIANA DE LIMA

---

SOLICITO RADIOGRAFIA PANORÂMICA E  
PERIAPICAL COMPLETA, PARA O PACIENTE SUPRACITADO

  
Dra Priscila Jambo  
CPF: 059.186.957-8  
CRO: 39875