



349953
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/03/10 8/12/10 4-Data de Autorização 10/04/10 8/12/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7755381 7-Data Validade da Sentença 10/11/11/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002202507367000307601 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional do Saúde

13-Nome

ADEVALDO PEREIRA SALVADOR 22/02/1990 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ADEVALDO PEREIRA SALVADOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 18-Número no CRO 16213 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-RPSE (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1899629827115 22-Nome do Contratado Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 23-Número no CRO 16213 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 27-Número no CRO 16213 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-Franquia/Co-participação R\$ 31-Aut 40-Data da Realização 41-Motivo da Glória 42-Assinatura

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-Cnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1	010	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				10/08/20		
2	010	RX PERIAPICAL	RPSE	1		14,00				10/08/20		
3	010	RESTAURAÇÃO RESINA	25 OM	1		88,00				10/08/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/10/20 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totais 2-Parciais 46-Totais Quantidade US 136,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Totais 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/10/2010 Wilton 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/2010 Wilton 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa