



404891
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2014	4-Data de Autorização 26/11/2014	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7995479	7-Data Validade de Será 24/11/2014
8-Número de Carteira 00202507367000187703			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade de Carteira / /
13-Nome MANUELA VIEIRA DA SILVA OLIVEIRA			14-Telefone 22/01/2014	15-Nome do titular do plano LUCAS WILLIAM DA SILVA OLIVEIRA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR	18-Número no CRO 40774	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 58329005615		22-Nome do Contratado Esculente MARINA MOREIRA SALVADOR	23-Número no CRO 40774	24-UF RJ	25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Esculente MARINA MOREIRA SALVADOR			27-Número no CRO 40774	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 Glor	42-Autorização
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			27/10/2014		
2	0085100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	54	O	1	61,00	0,00			27/10/2014		
3	0085100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	55	O	1	61,00	0,00			27/10/2014		
4	0085100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	65	O	1	61,00	0,00			27/10/2014		
5	0085100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	84	O	1	61,00	0,00			27/10/2014		
6	0085100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	85	O	1	61,00	0,00			27/10/2014		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Citodioria 4-Urgências/Emergências	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 339,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), 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-Observações	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/10/2014	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2014	52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 27/10/2014
----------------	---	---	---

Marina Moreira Salvador
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ: 40774
Especialista Implantes