



409022
INTERCÂMBIO

1-Registro ANE 406414	2-Data de Emissão do Guia 30/11/2012	3-Data de Autorização 03/11/2012	4-Sinete AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 8013188	6-Data Validade do Bônus 28/11/2012
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número do Cartão 00202507387000221901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade do Cartão		
13-Nome RODRIGO TAVARES LIMA		14-Data de Nascimento 10/08/1985	15-Nome do titular do plano RODRIGO TAVARES LIMA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			25-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa		
16-Atribuição a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR	18-Número no CRO 40774	19-UF RJ	26-Código CBO 8	
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 58329005615	22-Nome do Contratado Excedente MARINA MOREIRA SALVADOR	23-Número no CRO 40774	24-UF RJ	25-Código CBO 8	
26-Nome do Profissional Excedente MARINA MOREIRA SALVADOR		27-Número no CRO 40774	28-UF RJ	29-Código CBO 8	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clas	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA				34,00	0,00			05/11/20		Rodrig
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00			05/11/20		Rodrig
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00			05/11/20		Rodrig
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJD	1		36,00	0,00			05/11/20		Rodrig
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJE	1		36,00	0,00			05/11/20		Rodrig
6-00820000859		EXODONTIA DE RAIZ		46	1	73,00	0,00			05/11/20		Rodrig
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UB	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2511,00	0,00	

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	53-Data, local e Assinatura da Empresa
	02/11/2012	05/11/2012	05/11/2012

Marina Moreira Salvador
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 40774
Especialista Implantodontia