



359127
INTERCAMBIO

1- Agência ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 11/08/2010	4- Data de Autorização 19/08/2010	5- Fonte AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7797514	7- Data Validade da Guia 16/11/2010
8- Nome do Contratado MATEUS DE FREITAS TEIXEIRA			9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11- Data Validade da Carteira 11/11/11
12- Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR			13- Nome do Contratado Encarregado MARINA MOREIRA SALVADOR	14- Telefone () 33353110	15- Nome do Rótulo do plano JUIO CEZAR DE SOUZA TEIXEIRA
16- Nome do Profissional Encarregado MARINA MOREIRA SALVADOR			17- Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR	18- Número no CRO 40774	19- UF RJ
20- Nome do Profissional Encarregado MARINA MOREIRA SALVADOR			21- Código da Operadora / CIP / CIP 58329005615	22- Número no CRO 40774	23- Código CRO S 025 - Faturar Empresa
24- Nome do Profissional Encarregado MARINA MOREIRA SALVADOR			25- Nome do Contratado Encarregado MARINA MOREIRA SALVADOR	26- UF RJ	27- Código CRO S 025 - Faturar Empresa

28- Total	29- Código do Procedimento	30- Descrição	31- Quantidade	32- Valor	33- Valor	34- Valor	35- Valor	36- Valor	37- Valor	38- Valor	39- Valor	40- Valor	41- Valor	42- Valor
1	010	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	134,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	010	8400011	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ	1	76,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
43- Cota Prevista	Termino do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	1- Tratamento Odontológico	2- Exame Radiológico	3- Oclusão	4- Tipos de Implantes	45- Tipo de Faturamento	1- Total	2- Parcial	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$	49- Total Franquia / Co-participação R\$	50- Total Franquia / Co-participação R\$
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Declaro, que após ter sido devidamente examinado 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), fulcram realizado(s) com meu consentimento e de forma assistida. 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.

51- Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado	52- Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante	53- Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado	54- Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante
11/08/2010	11/08/2010	11/08/2010	11/08/2010

Assinatura do Contratado Encarregado
Assinatura do Profissional Solicitante
Assinatura do Contratado Encarregado
Assinatura do Profissional Solicitante