



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 11/17/10 4-Data de Autorização 19/10/18 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7781270 7-Data Validade da Guia 15/11/20

357728
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102150736700031117011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ETEVALDO MARCELO DE SOUZA FILHO 21/03/1965 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano ETEVALDO MARCELO DE SOUZA FILHO

Dados do Contratado / Resguardado pelo Tratamento

16-Alimentação a RN RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 18-Número no CRO 16213 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 181916121981271151 22-Nome do Contratado Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 23-Número no CRO 16213 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exatante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 27-Número no CRO 16213 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	018110101065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/08/20		
2-10	018530101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			18/08/20		
3-10	018530101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			18/08/20		
4-10	018530101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			18/08/20		
5-10	018530101047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			18/08/20		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
16-1												

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 02/10/11 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Fractal 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrários. 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-Obseervação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/09/11/20 *Renata* 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/11/20 *Renata* 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/11/20 *Renata* 53-Data, local e Carimbo da Empresa