



409029
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/2012	4-Data de Autorização 03/11/2012	5-Sexo AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8013207	7-Data Validade da Guia 28/11/2012
8-Plano POS REDE PRESTADORA					
9-Número da Carteira 00202507367000221901		10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento RODRIGO TAVARES LIMA		13-Data de Nascimento 10/08/1985		14-Telefone () - / -	
15-Endereço e RN MARINA MOREIRA SALVADOR		16-Número no CRO 40774		17-UF RJ	
18-Código CBO S 025 -		19-UF RJ		20-Código CNE S	
21-Código no Odonatário - CNU / CNF 58329005615		22-Nome do Contratado Exatidão MARINA MOREIRA SALVADOR		23-Número no CRO 40774	
24-UF RJ		25-Código CNE S		26-UF RJ	
27-Número no CRO 40774		28-UF RJ		29-Código CBO S	

30-Tabeta 100185100196	31-Código do Procedimento RESTAURAÇÃO RESINA	32-Quantidade US 47	33-Quantidade US 6100	34-Valor 0,00	35-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	36-Aut 0,00	37-Data de Realização 05/11/2012	38-Medida da Oclusão / /	39-Assinatura Rodrigo
200185200166	TRATAMENTO ENDODONTICO	14	25800	0,00	0,00	0,00	05/11/2012	/ /	Rodrig
300181000421	RX PERIAPICAL	RIS	1400	0,00	0,00	0,00	05/11/2012	/ /	Rodrig
400181000421	RX PERIAPICAL	RCSE	1400	0,00	0,00	0,00	05/11/2012	/ /	Rodrig
500181000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1400	0,00	0,00	0,00	05/11/2012	/ /	Rodrig

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 36100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente informado 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), foram realizados 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/2012
--	---	---	---

MARINA MOREIRA SALVADOR
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ: 40774
Especialista Implantodontia