



354208
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia (1/0/10/8/2/0)	4-Data de Autorização (1/1/0/8/2/0)	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7774994	7-Data Validade da Senha (0/8/1/1/2/0)
Dados do beneficiário					
8-Número da Carteira (0/0/2/0/2/5/0/7/3/6/7/0/0/4/4/1/6/0/2)	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome LUCIANE WOLF		14-Data de Nascimento 16/06/1975	15-Telefone () / /	16-Nome do titular do plano PEDRO DE OLIVEIRA PINTO WOLF	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA NASCIMENTO PINTOR	18-Número no CRO 31269	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF (0/4/5/4/5/6/8/8/7/8/0/)	22-Nome do Contratado Específico ANDREA NASCIMENTO PINTOR	23-número no CRO 31269	24-UF RJ	25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante ANDREA NASCIMENTO PINTOR		27-Número no CRO 31269	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			05/10/20		<i>Luciane</i>
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			05/10/20		<i>Luciane</i>
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			05/10/20		<i>Luciane</i>
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			05/10/20		<i>Luciane</i>
5-												
6-												
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, 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(ram) 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 05/10/2020 FAB DENT LTDA.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2020 FAB DENT LTDA.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2020 <i>Luciane</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/2020 FAB DENT LTDA.
---	---	---	---