



417800
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/20	4-Data de Autorização 25/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8047994	7-Data Validade da Senha 10/12/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202507367000261703		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VANESSA DA SILVA COSTA OLIVEIRA				14-Telefone 07/07/1982	15-Nome do titular do plano IGOR RAFAEL DE CASTRO OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		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 89962982715		22-Nome do Contratado Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA		23-Número no CRO 16213		24-UF RJ	25-Código CNES		Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA				27-Número no CRO 16213		28-UF RJ	29-Código CBO S		(I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/11/20		Costa
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOD	1	122,00	0,00		S	26/11/20		Costa
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	MO	1	88,00	0,00		S	26/11/20		Costa
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/01/21		Costa
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/01/21		Costa
6-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/01/21		Costa
7-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/01/21		Costa
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/01/21	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 388,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima 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 27/01/21 R. Costa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/01/21 R. Costa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/01/21 Igor Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--