



2-Nº

2202865
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414						3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 2/1/2 5J						5-Serinha AUTORIZADO						6-Número de Guia Principal 13511009						7-Data Validade da Serinha 10/8/10 5/1/2 5J						2202865 INTERCÂMBIO															
Dados do Beneficiário																																													
8-Número de Carteira 09772012196150000157						9-Plano POS REDE PRESTADORA						10-Empresa ASPEM RJ						11-Data Validade de Carteira 11/11/11/11/11						12-Número do Cartão Nacional de Saúde																					
13-Nome ROSINEIDE ANA CORTES DOS SANTOS DE SENA																																													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																													
16-Atribuição a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante EDUARDO COSTA NEVES						18-Número no CRO 41500						19-U.F. RJ						20-Código CBO S 1025 - Faturar Empresa																					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14916120519000112101						22-Nome do Contratado Executante ECNEVES ODONTOLOGIA LTDA						23-Número no CRO 41500						24-U.F. RJ						25-Código CNES 9999999																					
26-Nome do Profissional Executante EDUARDO COSTA NEVES						27-Número no CRO 41500						28-U.F. RJ						29-Código CBO S																											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																													
30-Tabela		31-Código do Procedimento				32-Descrição				33-Dente/Régio				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			
1-100081100010301						CONSULTA ODONTOLÓGICA												1				3410101				01001				1511411012112151															
2-1000853000147						RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL												1				1441010				01001				1511411012112161															
3-100081100013751						RX INTERPROXIMAL - BITE-				RPD								1				1441010				01001				1511411012112161															
4-100081100013751						RX INTERPROXIMAL - BITE-				RMD								1				1441010				01001				1511411012112161															
5-100081100013751						RX INTERPROXIMAL - BITE-				RPE								1				1441010				01001				1511411012112161															
6-100081100013751						RX INTERPROXIMAL - BITE-				RME								1				1441010				01001				1511411012112161															
7-1111111111111111																																													
8-1111111111111111																																													
9-1111111111111111																																													
10-1111111111111111																																													
11-1111111111111111																																													
12-1111111111111111																																													
13-1111111111111111																																													
14-1111111111111111																																													
15-1111111111111111																																													
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/5/10 12/1/21						44-Tipo de Atendimento 111 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						45-Tipo de Faturamento 11 1-Total 2-Parcial						46-Total Quantidade US 11 12341010						47-Valor Total R\$ 11 11010101						48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11 11111111															
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), foforam 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 Solícitante 11/5/10 21/21						51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/5/10 12/1/21						52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/5/10 12/1/21						53-Data, local e Carimbo de Empresa 11/11/11/11																											