

[illegible]

2-Nº

325149
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/16/10 16/12/10		4-Data de Autorização 11/17/10 16/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7637489		7-Data Validade da Senha 11/14/10 19/12/10	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 010102102522659180001618011				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa ARAUCA INDUSTRIA DE PAINES			
11-Nome ROBERTO CESAR ELIAS				12-Data Validade da Carteira 11/11/11				12-Número do Cartão de Saúde			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA		18-Número no CRO 48860		19-JF MG		20-Código CEO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1630113932610011		22-Nome do Contratado Executante ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA		23-Número no CRO 48860		24-JF MG		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA		27-Número no CRO 48860		28-JF MG		29-Código CEO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Faixa		35-Quantidade US	
1-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		36100		010101	
2-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		36100		010101	
3-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		36100		010101	
4-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		36100		010101	
5-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
6-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
7-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
8-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
9-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
10-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
11-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
12-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
13-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
14-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
15-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11											
44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial											
46-Valor Total R\$ 1144100											
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 contratado, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar a minha conta, ao profissional referencial ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
48-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/2011 12/10 16/10											
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2011 12/10 16/10											
52-Data, local e Assinatura do Profissional 01/11/2011 12/10 16/10											