



383165
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 9/12/01 4-Data de Autorização 12/9/10 9/12/01 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7906003 7-Data Validade da Seria 12/4/11 12/12/01

Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira 10/0/2/0/2/5/3/2/3/2/2/8/0/0/0/0/1/0/1/1

13-Nome PAULO CESAR FERREIRA CARVALHO JUNIOR 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano PAULO CESAR FERREIRA CARVALHO JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CIROD - RADIOLOGIA ORAL

21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 10/8/6/2/4/6/3/9/7/1/9/ 22-Nome do Contratado Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA

26-Nome do Profissional Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA 27-Número no CRO 30636 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DentifRegião	34-Faixa	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Status
1-	0	0	8	1	0	0	4	0	5			
		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7	8	0	0			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/2010 44-Atendimento 45-Exame Radiológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 46-Total de Faturamento 47-Valor Total R\$ 53,54 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 Curupio-Dentista Solicitante 01/11/10/10/20 51-Data, local e Assinatura do Curupio-Dentista 01/11/10/10/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/10/10/20 53-Data, local e Assinatura do Profissional de Radiologia Oral Diagnóstico 01/11/10/10/20