



336266
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 10/08/10 17/12/10	4-Data de Autorização 10/08/10 17/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 50175261	7-Data Validade de Sania 10/06/11 01/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Matricula da Carteira 10/03/10 01/02/10 23/04/18 32	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706304767364478
--	--------------------------------	---	--	--

13-Nome
HENRIQUE DA COSTA MATTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 24440	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/05/19 62 88 71 19	22-Nome do Contratado Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 24440	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 24440	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ciód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3 5,10 0	0,10 0	08/01/2010	1	08/01/2010		
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3 5,10 0	0,10 0	08/01/2010	1	08/01/2010		
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5,10 0	0,10 0	08/01/2010	1	08/01/2010		
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3 5,10 0	0,10 0	08/01/2010	1	08/01/2010		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 14,10 0	47-Valor Total R\$ 0,10 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,10 0
--	--	---	-----------------------------------	------------------------------	---

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

Paciente Especial

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/2010 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 08/01/2010 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 08/01/2010 [Assinatura]	53-Data, local e Assinatura do Carimbo da Empresa 08/01/2010 [Assinatura]
--	--	--	--