



341586
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2012	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 341586	7-Data Validade da Senha 17/10/2012
--------------------------	---	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0037000021148727		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MERCOSAT COMUNICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702405083932528
13-Nome VANESSA DE OLIVEIRA CASTRO FER				14-Telefone 02/08/1980	15-Nome do titular do plano RAFAEL DOS SANTOS FERREIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA BORGES PINHEIRO		18-Número no CRO 32943	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10208688722		22-Nome do Contratado Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO		23-Número no CRO 32943		24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO				27-Número no CRO 32943		28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		N	19/10/2012		
2	0085200034	TRATAMENTO EM	37		1	8,00	0,00		N	19/10/2012		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/10/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	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 no 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 0210811980 083.100.154-58	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/2012 Roberta B. Pinheiro Cirurgião-Dentista CRO: 32943	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/2012 Vanessa de O. Pinheiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/10/2012
---	---	---	--	---

25.331.829/0001-05
DENTIMPLANTE ODONTOLÓGICO
URDENTIMPLANTAS

Rua Dias da Cruz, 720
Méier - CEP 20720-013
Rio de Janeiro - RJ