



2139552
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2014 4-Data de Autorização 11/11/2014 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 2139552 7-Data Validada da Senha 11/11/2014

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 09720245383004227 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa EKO TRANSPORTES E 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ELISANGELA RAMOS DA SILVA 19/01/1974 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARINO MARCELLINO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante AC ODONTO IMAGEM 18-Número no CRO 22666 19-UF RJ 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante AC ODONTO IMAGEM RADIOLOGIA 23-Número no CRO 22666 24-UF RJ 25-Código CNES 0208299 26-Nome do Profissional Executante PATRICIA GOMES CARLOS 27-Número no CRO 22666 28-UF RJ 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

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
1-0	081000294	LEVANTAMENTO		1	122	00	0,00			11/11/2014		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$	51-Valor Total R\$	52-Valor Total R\$	53-Valor Total R\$	54-Valor Total R\$	55-Valor Total R\$
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	222,00	23.218,73	23.218,73	23.218,73	23.218,73	23.218,73	23.218,73	23.218,73	23.218,73	23.218,73

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 condições estabelecidas no presente documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

ODONTOLOGIA LTDA-ME

IV. Cesarino de Melo, 2623 - SL509

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/11/2014

Dr. Augusto César P. Andrade

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/2014

52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina este documento, os valores

11/11/2014

Rio de Janeiro - RJ