



1.º ANS 414 3.º Data de Emissão da Guia 11/2/11 4.º Data de Autorização 11/2/11 5.ª Senha AUTORIZADO 6.º Número da Guia Principal 50205744 7.º Data Validade da Senha 11/01/10 12/12/11

418015
INTERCÂMBIO

3.º Beneficiário 31379994058431192 9.º Plano POS REDE PRESTADORA 10.ª Empresa REBECCA ATELIER 11.ª Data Validade da Carteira 11/11/11 12.º Número do Cartão Nacional de Saúde 706003828018649

13.º EL MILSON DO NASCIMENTO

36.º Confiado Responsável pelo Tratamento

17.º Nome do Profissional Solicitante

ELIANE BISPO DE ALENCAR

18.º Número no CRO 16512

19.º UF RJ

20.º Código CBO S

801 -

Faturar Empresa

16.º Nome do Contratado Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR

23.º Número no CRO 16512

24.º UF RJ

25.º Código CNES

16.º Nome do Profissional Executante

ELIANE BISPO DE ALENCAR

27.º Número no CRO 16512

28.º UF RJ

29.º Código CBO S

31.º Tratamento / Procedimento Solicitado

31.º Código do Procedimento

32.º Descrição

33.º Data/Região

34.º Face

35.º Cid

36.º Quantidade US

37.º Valor

38.º Franquia/Cc-participação R\$

39.º Aut

40.º Data de Realização

41.º Motivo da Glosa 42.º Ass

CONSULTA ODONTOLÓGICA

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

EXODONTIA DE RAIZ

43.º

o, 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 /

to, 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 document

tos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

44.º

Previsão Término do Tratamento 44.º Tipo de Atendimento 1.º Tratamento Odontológico 2.º Exame Radiológico 3.º Ortodontia 4.º Urgência/Emergência

45.º

45.º Tipo de Faturamento 1.º Total 2.º Parcial

46.º

46.º Total Quantidade US 1180,00

47.º

47.º Valor Total R\$ 10,00

48.º

48.º Total Franquia / Cc-participação

1.º Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51.º Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/11 11/11/11

52.º Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/11 11/11/11

53.º Data, Local e Cartão da Empresa