



309543

INTERCAMBIO

1-Registro INSS 405414	2-Data de Emissão da Guia (2/9/10/4/12/0)	4-Data de Anulação / / / / / /	5-Exame PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Privada 309543	7-Data Validade da Guia (2/6/10/7/12/0)
8-Endereço do Estabelecimento 0,0,3,7,9,9,9,4,0,6,2,3,7,7,4,1,5, / / /		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / / / / / /	12-Número do Centro Nacional de Saúde 708003340563725
13-Nome LUCAS GALDINO DA SILVA		14-Data de Nascimento 04/07/1989	15-Telefone (/) / / / / / /	16-Nome do titular do plano LUCAS GALDINO DA SILVA	
17-Endereço do Profissional Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a SE N	19-Nome do Profissional Responsável BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS		20-Número no CRO 35861	21-UF RJ	22-Código CBO S
23-Código de Origem / CIPJ / CIP (1/0/6/5/4/1/7/9/7/7/8) / / /		24-Nome do Contrahente Externo BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS		25-Número no CRO 35861	26-UF RJ
27-Endereço do Profissional Consultor BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS		28-Número no CRO 35861		29-UF RJ	30-Código CBO S

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Data Regulação	35-Fase	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo de Suspensão	42-Atividade
1	0,0,8,1,0,0,0,0,4,9	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3,4,0,0	0,0,0		N	29/09/2010		
2	0,0,8,2,0,0,0,1,0,3,0	INCISÃO E DRENAGEM INTRA-	14	1	8,0,0	0,0,0		N	29/09/2010		
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento / / / / / / 44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Paciente
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
4,2,0,0

47-Valor Total R\$
0,0,0,0

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. Deixo, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

50-Data, local e Assinatura do Contratado / Conselho Dentista

51-Data, local e Assinatura do Contratado / Conselho Dentista

52-Data, local e Assinatura do Contratado / Conselho Dentista

53-Data, local e Assinatura do Contratado / Conselho Dentista