



329230
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/14/10 4-Data de Autorização 12/16/10 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 765688 7-Data Validade da Sentia 12/12/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 10/02/02 5-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COSMA DO BRASIL PRODUTOS E 11-Data Validade da Carteira 12/12/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KETELLY HORSTS RAMOS 23/10/2007 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano JOVIANO ALVES RAMOS SOBRINHO

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODOMTODOC 18-Número no CRC 16986 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15/8/5/2/3/8/1/2/6/8/7/ 22-Nome do Contratado Excitante WANDER LIMA LOURENZON 23-Número no CRC 16986 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Excitante WANDER LIMA LOURENZON 27-Número no CRC 16986 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	18100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		178,00	0,00					
2-1												
3-1												
4-1												
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 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura de Beneficiário/ Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

