



355721
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2008	4-Data de Autorização 12/10/2008	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183499	7-Data Validade da Senha 10/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARIA CRISTINA LAC	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004617321006
8-Número da Carteira 00379994058386995					
13-Nome JOSE ANTONIO ALVES DE BARROS N					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		14-Telefone (21) 91646104587	15-Nome do titular do plano MARIA CRISTINA LACERDA DE BARR
---	--	---------------------------------	---

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 - Faturar Empresa
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				12/08/2008		
2-0083000089		EXODONTIA SIMPLES DE	84		1	73,00				12/08/2008		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/08/2008	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 107,00	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 em 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2008	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2008 Roberta B. Pinheiro Cirurgiã-Dentista CRO: 32943	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2008 Débora Muniz	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/2008
---	--	--	---

23.331.829/0001-08
DENTIMPLANTE ODONTOLÓGICA
URGÊNCIA 24 HORAS

Rua Dias da Cruz, 720
Niterói - CEP 20720-018
Rio de Janeiro - RJ