



447554
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/12	4-Data de Autorização 06/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172275	7-Data Validade da Senha 05/10/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202521149900005501		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CARGOSOFT SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE EDUARDO ANSELMO OLIVEIRA				14-Telefone 22/03/1974	15-Nome do titular do plano JOSE EDUARDO ANSELMO OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARIA NADIR MEIRELES ROCHA		18-Número no CRO 437	19-UF CE	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01346830304		22-Nome do Contratado Executante MARIA NADIR MEIRELES ROCHA		23-Número no CRO 437		24-UF CE	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 81000421- (I) 81000421-RIS	
26-Nome do Profissional Executante MARIA NADIR MEIRELES ROCHA				27-Número no CRO 437		28-UF CE	29-Código CBO S	

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/10/12		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IM	1	88,00	0,00		S	09/10/12		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00		S	12/10/12		
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	43		1	73,00	0,00		S	11/11/12		
5	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	42		1	73,00	0,00		S	11/11/12		
6	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	38		1	73,00	0,00		S	11/11/12		
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	26/10/12		
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	09/10/12		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/11/12	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 430,00	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
O Pac. Jose Eduardo - Trabalho viajante, porém não concluiu o tratamento. Motivo: Viagem a Trabalho.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/12
---	---	---	---

Maria Nadir Meireles Rocha
CRO - 437 - ISS 50351-7