



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 16/12/10	4-Data de Autorização 12/9/10 16/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173252	7-Data Validade da Sentença 12/7/10 19/12/10
--------------------------	---	---	--------------------------	--	---

331353
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994062382877	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AMANDA PEREIRA PICOLI	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome DAVI PICOLI RICO	30/06/2011	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano AMANDA PEREIRA PICOLI
-----------------------------	------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA	18-Número no CRO 8132	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14576013811768	22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	23-Número no CRO 8132	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
---	--	--------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	27-Número no CRO 8132	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	0	81000030			1	34,00	10,00	0,00		11/01/09	720220	Mar
2-0	0	84000090			1	17,00	0,00	0,00		11/04/09	720220	Mar
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 Provável Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
1/1/1/1	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	106,00	0,00								

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 11/01/10 11/01/10 11/01/10 11/01/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/10 11/01/10 11/01/10 11/01/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/10 11/01/10 11/01/10 11/01/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1/1/1/1
--	--	--	--

Dra. Marilene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 81332