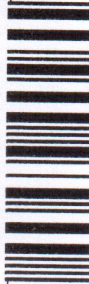




2-Nº



267727
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 8 0 0 1 1 2 0	4-Data de Autorização 0 9 0 0 1 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50141938	7-Data Validade da Senha 0 7 0 0 4 0 1 2 0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 2 0 2 0 6 9 8 7	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 700006240758706	267727 INTERCAMBIO

13- Nome NILSON LOPES JUNIOR	12/02/1953	14- Telefone (11) 2575-6476	15- Nome do titular do plano NILSON LOPES JUNIOR
--	------------	--	--

Declaro que Contratei Supracitado(a) para o Tratamento

15-Adendo a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UJ	20-Código CBO S
N	JULIANA MACIEL SIERRA	32925	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 6 2 0 0 3 5 7 8 1														22-Nome do Contratado / Executante JULIANA MACIEL SIERRA														23-Número no CRO 32925														24-UF RJ														25-Código CNES																																																																																			
Faturar Empresa																																																																						Enviar - RX																																																																					
(I) 81000375-RPE																																																																																																																																											

27-Número no CRC 32925		28-UJ RJ	29-Código CBO S (I) 81000375-RPD
----------------------------------	--	--------------------	-------------------------------------

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	0	0	8	1	0	0	0	3	0		
CONSULTA ODONTOLÓGICA											
					1		3	4	0	0	S. 14/06/2010
								0	0	0	

[illegible][illegible][illegible]

7	0	0	8	1	0	0	0	3	7	5	
RX INTERPROXIMAL - BITE-											
						1	1		4	0	0
						RPD		0		0	0
								S		14	0
										1	2

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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, conforme acima apresentado, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/14/10 11/1/10	11/14/10 11/1/10	11/14/10 11/1/10	11/14/10 11/1/10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----