


288156
INTERCAMBIO

Formulário para Guia 2014

1-Registro AAS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2012	4-Data de Autorização 11/08/2013	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7408841	7-Data Validade da Série 11/04/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Atividade da Categoria 1010210215216720210000311011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UP IDEIAS SERVICOS	11-Data Validade da Categoria 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional do Estado 11/04/2012
--	--------------------------------	----------------------------------	---	--

13-Nome
MERCEDES MARIA ELENA ALCON ANDRADE
24/09/1975
14-Telefone
(21) 132171710191211
15-Nome do titular do plano
MERCEDES MARIA ELENA ALCON ANDRADE

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solidário JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA	18-Número no CRO 32922	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101519181221171271111	22-Nome do Contratado Exatante JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA	23-Número no CRO 32922	24-UF RJ	25-Código CNES 29-Código CBO S
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Exatante
JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-FranquiaCo-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus	42-Assinatura
1-00	018100000651	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	134100	101010					
2-00	018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	136100	101010					
3-00	018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	136100	101010					
4-00	018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	136100	101010					
5-00	018530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	136100	101010					
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11178100	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1111
--	---	---	------------------------------------	------------------------------	---

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 c(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 14/03/2013	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/03/2013	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/03/2013	53-Data Local e Cessão de Entrega 18/03/2013
--	--	--	---

Handwritten signature