



2-NO

314804
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/9/10 5/12/01	4-Data da Autorização 10/2/10 6/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7572634	7-Data Validade da Senha 11/10/8/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário:

13-Nome TAMIRIS GOMES DE ANDRADE	14-Telefone (11) 451631165	15-Nome da filial do plano DENIZE MARIA GOMES DE ANDRADE	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAMIRIS GOMES DE ANDRADE	14-Telefone (11) 451631165	15-Nome da filial do plano DENIZE MARIA GOMES DE ANDRADE	12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Índice do Contrato Responsável pelo Tratamento.

16-Avaliamento a R/R	N	17-Nome do Profissional Solicitante	DIEGO ADRIANO RICARDO		18-Número no CRQ	121025	19-UF	SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	13133819113191316111		22-Nome do Contratado Executante	DIEGO ADRIANO RICARDO		23-Número no CRQ	121025	24-UF	SP	25-Código CINES
26-Nome do Profissional Executante	DIEGO ADRIANO RICARDO		27-Número no CRQ	121025		28-UF	SP	29-Código CBO S		

Plano de Tratamiento y Procedimientos de Evaluación

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diagnóstico	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência	39-Ant	40-Data de Realização	41-Moeda da Glória 42-Assinatura
1-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI D	1	1	3 6 0 0	0,00	S	15/05/2010	LQ	[Assinatura]
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAS D	1	1	3 6 0 0	0,00	S	15/05/2010	LQ	[Assinatura]
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI E	1	1	3 6 0 0	0,00	S	15/05/2010	LQ	[Assinatura]
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAS E	1	1	3 6 0 0	0,00	S	15/05/2010	LQ	[Assinatura]
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prescrição Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Frequência 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(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.

19-Observação

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  10/5/10 16/12/10	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  10/5/10 16/12/10	53-Dia, local e Cambio da Empresa 10/5/10 16/12/10
---	---	---

Dr. Diego Adriano Ricardo
Cirurgião Dentista

Dr. Diego Adriano Ricardo
Cirurgião Dentista
CRO 121025