



440037
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/04/12	4-Data e Autorização 11/08/12	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 815:1827	7-Data Validade da Serção 11/04/13
8-Número da Carteira 1010202534066800101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Data Validade da Carteira 11/04/13	11-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome JARMY NASCIMENTO DA SILVA			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JARMY NASCIMENTO DA SILVA	
16-Endereço Rua do Contorno, Resposta, nº 100, Tratamento			17-Nome do Profissional Solicitante CDONTODOC	18-Número no CRO 12838	19-UF MG
20-Código na Operadora / CNP / CPF 1742252511691111			21-Nome do Contorno Excepcional ALMIRIO JOSE BORELI	22-Número no CRO 12838	23-UF MG
24-Nome do Profissional Excepcional ALMIRIO JOSE BORELI			25-Número no CRO 12838	26-UF MG	27-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente / Região	34-Face	35-Quantidade US
1-0	01810304211	RX PERIAPICAL	RIS	1	14,00
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Prevista Término do Tratamento 18/11/12					
44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 3-Exatim Radiológico 4-Ortodontia 4-Ortodontia 4-Ortodontia 4-Ortodontia					
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial					
46-Valor Total US 114,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
48-Valor Total R\$ / Co-participação R\$ 10,00					

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 se(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (for)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
11/04/12

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/04/12

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/11/12

53-Data, local e Assinatura da Empresa
18/11/12

ODONTOLIFE
TOMOGRAFIA DOC. ORTODONTICA LTDA