



342563
INTERCAMBIO

Interfície para vóç sorrir

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/07 4-Data de Autorização 12/11/07 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7720038 7-Data Validade da Senha 11/11/10 12-Data Validade da Senha 11/11/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10021021524116700473011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASSOC FUNC PUBL ATIVOS 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

GLEICE TAINARA RODRIGUES DA COSTA 29/11/1982 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano GLEICE TAINARA RODRIGUES DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 18-Número no CRO 27455 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CBO / CPF 1071150243703 22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 23-Número no CRO 27455 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 27-Número no CRO 27455 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 Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,0			07/10/07		
2-10	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			07/10/07		
3-10	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			07/10/07		
4-10	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			07/10/07		
5-10	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			07/10/07		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-1-Tipo de Atendimento 1-Tipos de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 1-Totais 2-Parciais 46-Total Quantidade US 1178,10 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / 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(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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/07 51-Data, local e Assinatura do Chirurgião Dentista 07/10/07 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/07 53-Data, local e Cartão da Empresa