



407141  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 10:20		4-Data de Autorização 11/01/11 12:01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Própria 50202267		INTERCÂMBIO	
13-Nome ANDRE AIRES DE MATTOS		17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA		18-Número do CRP 8683		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85400556-26		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70680529858725	
8-Número da Carteira 00037000000153278601		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MAINTENANCE COMERC		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		15-Nome do titular do plano ANDRE AIRES DE MATTOS		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1715161511267871		22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA		23-Número no CRP 8683		24-UF RJ		25-Código CNES		39-Franquia/Co-participação R\$	
26-Nome do Profissional Exequente ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA		27-Número no CRP 8683		33-Dente/Região 34-Face		35-Qtd 36-Quantidade US		37-Valor		40-Data de Realização	
30-Tabela 1-00810000130 2-0085400156 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA RESTAURAÇÃO METÁLICA		33-Dente/Região 34-Face		35-Qtd 36-Quantidade US		37-Valor		40-Data de Realização	
43-Data Previsão Término de Tratamento 11/11/10		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 5061001		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											

la Empresa - Dentista

53-Dala, local e Carimbo da Empresa - Dentis

**A - Identificação do Beneficiário / Responsável**

Data, local e Assinatura do Beneficiário

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Conic Vongas Tyada

Paulo Vargens Teyada