



581642
INTERCÂMBIO

1-Rogatório ANS 4068414
3-Código de Emissão da Guia 1111/1016/1211
4-Data de Autorização 10/5/10 17/1211
5-Sentença AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 8689352
7-Data Validade da Sentença 10/9/10 19/1211

8-Número da Carteira 10101202512113216401010121910121
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa MUNDO MAIS SAUDE
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KATIA REGINA DOS SANTOS ALVES DE PAULA

30/04/1964

14-Telefone (1211) 1715181612191011

15-Nome do titular do plano LUIS FELIPE ALVES MARQUES

16-Data Validade da Carteira

17-Data Validade da Sentença

18-Atendimento a RV ORTHO OMEGA

19-UF RJ

20-Código CBO S 06

21-Código na Operadora / Cnpj / Cpf 111010181918101715161111

22-Nome do Contratado Executante LEYDE MONICA SILVA ALVES DE OLIVEIRA

23-UF RJ

24-UF RJ

25-Código na Operadora / Cnpj / Cpf 111010181918101715161111

26-Nome do Profissional Executante LEYDE MONICA SILVA ALVES DE OLIVEIRA

27-Número no CRO 37469

28-UF RJ

29-Código CBO S

30-Franchising/Co-participação R\$

31-Moeda de Realização

32-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Relatório	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-CM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Moeda de Realização	42-Assinatura
1-010181010101016151		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	11	31410101	01010101		11	05/10/2001	R\$	
2-0101815310101014171		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	11	11	31610101	01010101		11	05/10/2001	R\$	
3-0101815310101014171		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	11	11	31610101	01010101		11	05/10/2001	R\$	
4-0101815310101014171		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HALE	11	11	31610101	01010101		11	05/10/2001	R\$	
5-0101815310101014171		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	11	11	31610101	01010101		11	05/10/2001	R\$	
6-0101815310101014171												
7-0101815310101014171												
8-0101815310101014171												
9-0101815310101014171												
10-0101815310101014171												
11-0101815310101014171												
12-0101815310101014171												
13-0101815310101014171												
14-0101815310101014171												
15-0101815310101014171												

43-Data Previsão Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Total Quantidade US
47-Valor R\$
48-Total Franchising/Co-participação R\$

49-Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 é (s) 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Data, local e Assinatura da Empresa