



350048
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 8/12/01	4-Data de Autorização 27/10 8/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7755719	7-Data Validade da Senha 01/11/11/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES	11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202519983600007101					
13-Nome FABIO GOMES DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIO GOMES DE SOUZA		
		18/01/1993			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 48408		19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09347997684		22-Nome do Contratado Executante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	23-Número no CRO 48408	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS		27-Número no CRO 48408	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	27/10/2010		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	27/10/2010		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/10/2010 Thalita N. O. Marcos Cirurgia - Dentista CRO - RJ 48408	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 27/10/2010 Thalita N. O. Marcos Cirurgia - Dentista CRO - RJ 48408	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/2010
---	--	---	---

Rio das Ostras Odonto
CNPJ - 32423372/0001-17