



415469
INTERCÂMBIO

1- Número ANS 406414 2- Data de Emissão do Guia 10/11/2012 3- Data de Autorização 10/11/2012 4- Situação AUTORIZADO 5- Número da Guia Principal 50204958 6- Data Vencimento da Guia 08/02/2012

7- Endereço do Beneficiário 00370000022105673 8- Plano POS REDE PRESTADORA 9- Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 10- Data Vencimento da Carteira 11/11/11 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 888004712595142

13- Nome MARIA DE FATIMA BARRETTO PEREIRA 14- Data de Nascimento 13/05/1950 15- Nome do Titular do plano MARIA DE FATIMA BARRETTO PEREIRA

16- Atendimento a RN N 17- Assinatura do Profissional Solicitante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP 18- Assinatura no CRO 20598 19- UF RJ 20- Código CBO 801 - Faturar Empresa

21- Código da Operadora - CNU / CPE 01160868743 22- Assinatura do Contratado - Escritório ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP 23- Assinatura no CRO 20598 24- UF RJ 25- Código CBO 8

26- Assinatura do Profissional Solicitante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP 27- Assinatura no CRO 20598 28- UF RJ 29- Código CBO 8

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Para	35- Qtd	36- Quantidade 125	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Recusa	42- Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00	0,00		10/11/2012		
2	0084000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HASD		1	3,50	0,00	0,00		10/11/2012		
3	0084000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HAID		1	3,50	0,00	0,00		10/11/2012		
4	0084000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HASE		1	3,50	0,00	0,00		10/11/2012		
5	0084000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE		1	3,50	0,00	0,00		10/11/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												

43- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontologia 4- Urgência/Emergência 44- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcela 45- Total Quantidade UF 17400 46- Valor Total R\$ 0,00 47- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

Eu, abaixo assinado, 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 assinar com os custos do tratamento realizado. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(são) 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 este documento.

48- Assinatura do Profissional Solicitante ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP 49- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2012 50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2012

Anna Alexandra
Cirurgiã - Dentista
CRC-RJ 20598
CPF 01160868743