



355636
 INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/12/01 8/12/01		4-Data de Autorização 13/10/08/12/01		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7781813		7-Data Validade da Série 11/01/11/12/01	
8-Número da Carteira 0102022526720200002701		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa UP IDEIAS SERVICOS		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome PALOMA DE OLIVEIRA COSTA		18/05/1990		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do Titular do Plano PALOMA DE OLIVEIRA COSTA					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAQUEL ALEGRE		18-Número no CRO 35965		19-U-F RJ		20-Código CRO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17111250315234		22-Nome do Contratado Executante RAQUEL ALEGRE		23-Número no CRO 35965		24-U-F RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante RAQUEL ALEGRE		27-Número no CRO 35965		28-U-F RJ		29-Código CRO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição	33-Data/Região	34-F-geo	35-Qtd	36-Quantidade US	37-V-valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Guia	42-Assinatura
30-Traceia	31-Código do Procedimento	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	0,00	0,00	0,00	11/09/08/12/01	2	
1	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	0,00	0,00	0,00	11/09/08/12/01	2	
2	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	0,00	0,00	0,00	11/09/08/12/01	2	
3	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	0,00	0,00	0,00	11/09/08/12/01	2	
4	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Exatidão / Tipo do Tratamento 11/09/08/12/01	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Estudo Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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), (re)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
 11/09/08/12/01

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 11/09/08/12/01

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 11/09/08/12/01

53-Data, local e Carimbo da Empresa
 11/09/08/12/01

Dr. Raquel A. Beltrame
 Odontóloga Especializada
 CRO/RJ 35965