



253782
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 12/01/11 4- Data de Autocancelamento 10/04/11 5- Sessão AUTORIZADO 6- Número da Guia Principal 7232549 7- Data Validade da Sessão 12/01/12 8- Número do Cartão Nacional de Saúde

9- Número da Carteira 10/02/10 10- Plano POS REDE PRESTADORA 11- Data Validade da Carteira 12/01/11 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome MARCELEIA RAIMUNDA FERNANDES 14- Data de Realização 14/02/1991 15- Nome do titular do plano IVAN DA SILVA ARCANJO

16- Atendimento a RN N 17- Nome do Profissional Solicitante RAFAEL KENZO IDE RAMOS 18- Número no CRO 37076 19- UF RJ 20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101010114751 22- Nome do Contratado Executante RAFAEL KENZO IDE RAMOS 23- Número no CRO 37076 24- UF RJ 25- Código CNES 26- Código CBO S 27- Número no CRO 37076 28- UF RJ 29- Código CBO S

26- Nome do Profissional Executante RAFAEL KENZO IDE RAMOS 30- Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Item	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-0	61501	ORTODONTIA				1260,00	10,00			12/01/11		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43- Data Prevista Término do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 1260,00 47- Valor Total R\$ 10,00 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 05/11/11 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/11 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/11 53- Data, local e Assinatura da Empresa 05/11/11

RAFAEL KENZO IDE RAMOS
CRO RJ 37.076
Cirurgião Dentista