



574216
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/10 4-Data de Autorização 10/07/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8664814 7-Data Validade da Série 10/12/10 8-Data Validade da Guia 10/12/10

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S A 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ENZO SOMOES LIMA 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano RICARDO OLIVEIRA LIMA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA ORTHOLIFE LTDA 18-Número no CRO 38839 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08626329601 22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES 23-Número no CRO 38839 24-UF MG 25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421- 26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES 27-Número no CRO 38839 28-UF MG 29-Código CBO S (I) 81000421- (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	0830001089	EXODONTIA SIMPLES DE	64	1	1	73,00	0,00					Michèle
2-00	0810004211	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00					Michèle
3-00	0810004211	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00					Michèle
4-00	0830001089	EXODONTIA SIMPLES DE	84	1	1	173,00	0,00					Michèle
5-00	0810004211	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00					Michèle
6-00	0810004211	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00					Michèle
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Circundária 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 2022,00 47-Valor Totál R\$ 10,00 48-Totál 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.

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 Carimbo da Empresa 54-Data, local e Carimbo da Empresa

Simão Gonçalves Lima

Ana Patrícia P. Marques
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 38839