



331264
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 16:12:01	4-Data de AutORIZAÇÃO 12/09/10 16:12:01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 501733204	7-Data Validade da Serião 12/17/10 19:12:10
--------------------------	--	--	-------------------	---	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 101037991940621382869	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AMANDA PEREIRA PICOLI	11-Data Validade da Carteira 12/17/10 19:12:10	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome MATHEUS PICOLI PENNINO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano AMANDA PEREIRA PICOLI
-----------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RU N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA	18-Número no CRO 8132	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1457603811768	22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	23-Número no CRO 8132	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
--	--	--------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	27-Número no CRO 8132	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	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 Class	42-Assinatura
1-0	0810100310	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,14,10,10	10,10,10		S	16/09/10 20:24:26		
2-0	0840100910	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	7,12,10,10	10,10,10		S	16/09/10 20:24:26		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 106,10,10	47-Valor Total R\$ 10,10,10	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 11/09/10 Dr. Jean Paulo Cunha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/09/10 Dr. Marlene Moreira Cunha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/10 Jace Paul	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/09/10
--	---	---	---

Dr. Marlene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132