



319745
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 03/06/2010	4-Data de Autorização 03/06/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157334	7-Data Validade da Senha 01/09/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000028985179	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RAISA RAMOS DE ALM	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70840777062464
13-Nome SAMUEL DE ALMEIDA QUEIROZ		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAISA RAMOS DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Número no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Número no CRO 37382	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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 Glosa	42-Assinatura
1-	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	55		1	73,00	0,00		S	03/06/2010		<i>Raisa</i>
2-	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65		1	73,00	0,00		S	03/06/2010		<i>Raisa</i>
3-	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	75		1	73,00	0,00		S	03/06/2010		<i>Raisa</i>
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 219,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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 03/06/2010 <i>AC</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/06/2010 <i>AC</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/06/2010 <i>Raisa Almeida</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/06/2010
---	---	--	---

Ana Carolina G. de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 37382