



2-Nº

402826
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/12/10		5-Sinoma AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50200994		7-Data Validade da Sinoma 12/01/11		402826 INTERCÂMBIO																																																	
Dados do Beneficiário																																																											
8-Número da Carteira 00379994063768736		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa APEFRIO PLPART		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701201032023113																																																			
13-Nome ANETE MARIA XAVIER SARDINHA																																																											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																											
16-Adoamento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante THAMIRE RODRIGUES LAGRIMANTE		18-Número no CRO 49529		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa																																																			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 116051517750		22-Nome do Contratado Executante THAMIRE RODRIGUES LAGRIMANTE		23-Número no CRO 49529		24-UF RJ		25-Código CNE S																																																			
26-Nome do Profissional Executante THAMIRE RODRIGUES LAGRIMANTE		27-Número no CRO 49529		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-Old		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação RS		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Classe 42-Assalvado																																					
1-001810000065				CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		1		34		00						S 23/10/2011		K																																					
2-001810000198				PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1		1		35		00						S 23/10/2011		K																																					
3-001810000198				PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1		1		35		00						S 23/10/2011		K																																					
4-001810000198				PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1		1		35		00						S 23/10/2011		K																																					
5-001810000198				PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1		1		35		00						S 23/10/2011		K																																					
6-1																																																											
7-1																																																											
8-1																																																											
9-1																																																											
10-1																																																											
11-1																																																											
12-1																																																											
13-1																																																											
14-1																																																											
15-1																																																											
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11										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 174,00										47-Valor Total RS										48-Total Franquia / Co-participação RS									

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), 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-Observatio

500 Data - Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Legitimante
2.3. Dra. Marjorie Espinante
 Cirurgia - Dentista
 CBO RJ - 49259

51-Deta. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 RS / Ulysses Ramires Lagrimante
 Cirurgião - Dentista
 CRO RJ - 49259