



340208  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 16/10/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176934	7-Data Validade da Sentença 14/11/2012
12-Número do Cartão Nacional da Saúde 700808442749680					
13-Nome MAURO RODRIGUES MORAES JUNIOR					
14-Telefone ( ) - - - - -					
15-Nome do titular do plano MAURO RODRIGUES MORAES JUNIOR					
16-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11					
17-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11					
18-Número no CBO S 37194					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 37194					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1116290126719					
22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO					
23-Número no CRO 37194					
24-UF RJ					
25-Código CNES 37194					
26-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO					
27-Número no CRO 37194					
28-UF RJ					
29-Código CBO S 37194					
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-00085101056 2-0008100049 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-					
32-Descrição CURATIVO DE DEMORA EM CONSULTA ODONTOLÓGICA					
33-Dente/Região 14					
34-Face 1					
35-Qtd 1					
36-Quantidade US 3400					
37-Valor 0,00					
38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00					
39-Aut S					
40-Data de Realização 24/10/2012					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 24/10/2012					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11					
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 42,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/2012					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2012					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2012					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/2012					

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