



354393

INTERCAMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2010	4-Data de Autorização 10/08/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182899	7-Data Validade da Senha 08/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 0037000024651136	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CHEEEEEE DESIGN E	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704603639675624
--	--------------------------------	---------------------------------	--	--

13-Nome SOFIA WILTGEN GUEDES PEREIRA	14-Telefone 01/01/2011	15-Nome do titular do plano JULIO CESAR GUEDES PINHEIRO PE
---	---------------------------	---

16-Atendimento a RH N	17-Nome de Profissional Solicitante ANDREA BATISTA FERES	18-Número no CRO 22644	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011705217702	22-Nome do Contratado Essencial ANDREA BATISTA FERES	23-Número no CRO 22644	24-UF RJ	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Essencial ANDREA BATISTA FERES	27-Número no CRO 22644	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centre/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-Assin
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00			10/08/2010	
2	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	6,00	0,00			10/08/2010	
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	2,00	0,00			10/08/2010	
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	2,00	0,00			10/08/2010	
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	2,00	0,00			10/08/2010	
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	2,00	0,00			10/08/2010	
7	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	5,00	0,00			10/08/2010	
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/08/2010	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 208,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 pr referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento.

49-Observação
Gro assinada pela mãe Marjorie Wiltgen

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/2010 Andrea Batista Feres	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2010 Andrea Batista Feres	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/2010 Sofia Wiltgen	53-Data, local e Capô da Empresa 11/11/11
--	--	---	--