



364467
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414		3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012		4-Data de Autorização 26/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50186990		7-Data Validade da Senha 24/11/2012			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00370000025242604						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa E C S ADM DE BENEFICIOS CRF		11-Data Validade da Carteira / /			
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704005302504860													
13-Nome JANAINA CARLA KUWATA						14-Telefone 16/01/1974		15-Nome do titular do plano JANAINA CARLA KUWATA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR				18-Número no CRO 40774		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -			
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 58329005615		22-Nome do Contratado Executante MARINA MOREIRA SALVADOR				23-Número no CRO 40774		24-UF RJ		25-Código CHES Enviar - RX (IF) 85200107-18 (I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-RIS			
26-Nome do Profissional Executante MARINA MOREIRA SALVADOR						27-Número no CRO 40774		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-Jul	40-Data de Realização	41-Motivo da Guinca	42-Assinatura	
1	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/08/2012			
2	00852000107	RETRATAMENTO	16		1	844,00	0,00			28/08/2012			
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00			28/08/2012			
4	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00			28/08/2012			
5	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61,00	0,00			28/08/2012			
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00			28/08/2012			
7	00820000816	EXODONTIA A RETALHO	36		1	73,00	0,00			28/08/2012			
8	00810000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			28/08/2012			
9	00810000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			28/08/2012			
10	00810000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			28/08/2012			
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 1237,00		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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Cópia da Empresa							

Marina Moreira Salvador
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ: 40774
Especialista Implantodontia