



358054
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/08/2011	3-Data de Autorização 02/09/2011	4-Serão AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7792572	6-Data Validade da Serha 15/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		7-Número da Carteira 00202527914700009001		8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa LEJI INTERMEDIACAO S A	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
12-Nome RODRIGO FERREIRA DE OLIVEIRA		13-Data de Nascimento 17/05/1979		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano RODRIGO FERREIRA DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA NASCIMENTO PINTOR		18-Número no CRO 31269	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 0454568880		22-Nome do Contratado Executante ANDREA NASCIMENTO PINTOR		23-Número no CRO 31269		24-UF RJ	25-Código CNEB		
26-Nome do Profissional Executante ANDREA NASCIMENTO PINTOR		27-Número no CRO 31269		28-UF RJ		29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cena/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			02/09/2011		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			02/09/2011		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			02/09/2011		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			02/09/2011		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término de 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 140,00	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(ram) 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 02/09/2011 CENTRO DE SERV. ODON. FOR DENT LTDA.	51-Data, local e Assinatura do Sanitário / Responsável 02/09/2011 CENTRO DE SERV. ODON. FOR DENT LTDA.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/09/2011 CENTRO DE SERV. ODON. FOR DENT LTDA.	53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/09/2011 CENTRO DE SERV. ODON. FOR DENT LTDA.
--	---	--	---