



358051
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 16/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7792567	7-Data Validade da Senha 15/11/2012
8-Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202527914700009002		10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Empresa LEJI INTERMEDIACAO S A	12-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ROBERTO CARLOS ROMAO		14-Telefone 25/01/1970		15-Nome do titular do plano RODRIGO FERREIRA DE OLIVEIRA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA NASCIMENTO PINTOR		18-Número no CRO 31269		19-UF RJ	
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04545688780		21-Nome do Contratado Executante ANDREA NASCIMENTO PINTOR		22-Número no CRO 31269	
23-Nome do Profissional Executante ANDREA NASCIMENTO PINTOR		24-UF RJ		25-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
26-Número no CRO 31269		27-UF RJ		28-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Gress	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			16/10/2012		PM
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			16/10/2012		PM
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			16/10/2012		PM
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			16/10/2012		PM
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Cedente, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza 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 este 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 LIGORIO GONCALVES	51-Data, local e Assinatura do Grupo/Operadora CENTRO DE SERV. ODONTOL. PARA DENTISTAS	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável LIGORIO GONCALVES	53-Data, local e Carimbo da Empresa CENTRO DE SERV. ODONTOL. PARA DENTISTAS
--	---	--	--