



525826
INTERCÂMBIO

Identificação para o S-SIN

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/2014 4-Data de Autorização 12/08/2014 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8492528 7-Data Validade da Senha 11/05/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025102203003623011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

CESAR MARTINS MACIEL 23/04/1987 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano CESAR MARTINS MACIEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 18-Número no CRO 20497 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02057710769 22-Nome do Contratado Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 23-Número no CRO 20497 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FLAVIA CARDOSO PEREIRA 27-Número no CRO 20497 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	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			12/08/2014		
2-0	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			12/08/2014		
3-0	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			12/08/2014		
4-0	01853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			12/08/2014		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1- Tratamento Odontológico	2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	144,00	0,00							

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

Dr. Wellington J.S. Junior

Dr. Wellington J.S. Junior

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2014 CRO: 47916 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2014 CRO: 47916 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/08/2014 Flávia M. Lima 53-Data, local e Carimbo da Empresa