



453030
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/11	4-Data de Autorização 13/10/11	5-Serinha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 453030	7-Data Validade da Serinha 13/10/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 020202519983600035604	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES	11-Data Validade da Carteira 13/10/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome MARCOS VINICIUS RODRIGUES ALVES DOS SANT	14-Telefone () 303611400	15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO DOS SANTOS
---	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JEFFERSON FERNANDO MARTINS	18-Número no CRO 3297	19-UF AL	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 923410261872	22-Nome do Contratado Excitante JEFFERSON FERNANDO MARTINS	23-Número no CRO 3297	24-UF AL	25-Código CHES
---	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Excitante JEFFERSON FERNANDO MARTINS	27-Número no CRO 3297	28-UF AL	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/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-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1-0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	84	0	1	1	3400	0,00			13/10/11	Assinatura
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/10/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 3400	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.

48-Observação
Fratura no dente 84, pelo a exodontia.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------