



328569  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 0 6 / 2 0	4-Data de Autorização 2 3 / 0 6 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172044	7-Data Validade da Senha 2 1 / 0 9 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 3 1 0 8 0 7 8 5		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709205209013835
13-Nome GIZELDA GOMES SANTANA			14-Telefone 03/10/1990	15-Nome do titular do plano GIZELDA GOMES SANTANA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA		18-Número no CRO 31345	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-46
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 4 7 6 3 1 8 7 1 2		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA		23-Número no CRO 31345	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA				27-Número no CRO 31345	28-UF RJ	29-Código CBO S	

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	5 3 3 0 0	0,00			0 1 0 7 2 0		<i>Monique</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
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 5 3 3 0 0	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 03/10/2010 Monique Ferreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2010 Monique Ferreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2010 Gizelda Santana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/10/2010
--	--	---	---

*Monique G. M. Ferreira*  
Cirurgiã Dentista  
C.R.O. RJ 31345