



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/09 12:01	4-Data de Autorização 10/09/09 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190154	7-Data Validade da Senha 10/08/12 12:01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

372224
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994061728630	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LUCIANNE RAMOS ROD	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004616575462
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome

GUSTAVO RODRIGUES DE OLIVEIRA	01/03/2007	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANNE RAMOS RODRIGUES
-------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 24440	19-UF RJ	20-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

801 -
 Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00596288719	22-Nome do Contratado Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 24440	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

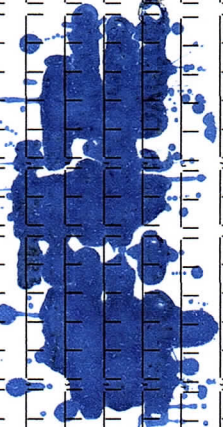
26-Nome do Profissional Executante

CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 24440	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-Cid	36-Quantidade US	37-Maior	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	018100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				14/08/2009		
2-0	018400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00				14/08/2009		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

Cintya P. M. de Oliveira
 Odontologista - posgraduada
 Especialista em Odontopediatria
 RUA CRQ 2440
 12-7200-000



43-Data Provisão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Ortodontia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total <input type="checkbox"/> 2-Parcial	46-Total Quantidade US 10,60	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / Co-participação R\$ 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

paciente expandido

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/09/09	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/09	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/09	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--