

341953
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/07 11:20	4-Data de Autorização 12/01/07 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177597	7-Data Validade da Senha 11/01/10 12:01
Dados do Beneficiário					
8-Número do Cartão 00317994060173146	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALEXANDER LUIZ GAR	11-Data Validade da Carteira 11/01/10 11:20	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706000366747545	
13-Nome ALEXANDER LUIZ GARCIA FAGUNDES					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano ALEXANDER LUIZ GARCIA FAGUNDES					
16-Atendimento a RN MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA					
17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA					
18-Número no CRO 31345					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 801 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05476318712					
22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA					
23-Número no CRO 31345					
24-UF RJ					
25-Código CNES Envlar - RX (F) 85200140-15					
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA					
27-Número no CRO 31345					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella 1-001810000301	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 15	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 34,00
37-Valor 10,08/20					
38-Franquia/Co-participação R\$ 10,08/20					
39-Aut S					
40-Data de Realização 10/08/20					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura x AG					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/10					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 367,00					
47-Valor Total R\$ 10,010					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,010					

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 11/01/08/20 monique ferreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/08/20 x Alexandre 28-01-2008	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/08/20 x Alexandre 28-01-2008	53-Data, local e Carimbo da Empresa Cirurgia Dentista CRO-RJ 31345
---------------	---	---	---	--