



325822
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/2011	4-Data de Autorização 17/06/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166775	7-Data Validade da Senha 15/09/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00379994063753844		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703207684710599
13-Nome MANUELA PINHO DE MEDEIROS			14-Telefone 02/03/2011	15-Nome do titular do plano RENATA PINHO DA SILVA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número na CRO 34928	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08079055777	22-Nome do Contratado Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA	23-Número na CRO 34928	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante VANESSA LAPORTE DA ROCHA		27-Número na CRO 34928	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	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	23/06/2011		
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 78,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/06/2011
--	--	---	---

ADDA INSTITUTO DOR DE G DIAGNÓSTICO ORAL EIRELI-ME