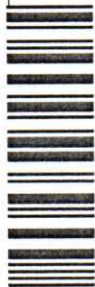


2-N^o298238
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/9/10 03/12 01	4-Data de Autorização 10/9/10 03/12 01	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157218	7-Data Validade da Senha 10/7/10 06/12 01
--------------------------	---	---	------------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Filho		10-Empresa		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional	
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 2 6 5 2 1 8 6 8		POS REDE PRESTADORA		01 ADMINISTRACAO		_ _ _ / _ _ / _ _		7068072857262	

INGRID DA SILVA VALDEVINO RAMA	13-Name	03/08/1986	14-Teléfono ()	15-Name do titular do plano BRUNO DOS SANTOS RAMALHO
--------------------------------	---------	------------	------------------------	---

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-JUF	20-Código CBO S
N	RODRIGO CARVALHO DA SILVA	RJ	801 -
16-Atendimento a RN			Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
1071150243703	RODRIGO CARVALHO DA SILVA	27455	RJ	
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
RODRIGO CARVALHO DA SILVA	27455	RJ		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	33-Fonte/Recurso	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fractal/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data d
90-Prevenção								

30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Quantidade	34 - Valor Unitário	35 - Valor Total
1	0,0	8,5	1,0	0,1	9,6
2	0,0	8,5	1,0	0,1	9,6
3	0,0	8,5	1,0	0,1	9,6
4	0,0	8,5	1,0	0,1	9,6
5	0,0	8,5	1,0	0,1	9,6

[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os benefícios, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme abaixo apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, conforme abaixo apresentado, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional contratado. ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fu(ve)ram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, o valor devido pelo tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação	50-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dado local e Cambio da Empresa
	16/11/03/11/20 Cirurgião-Dentista Mário (108745)	16/11/03/11/20 Cirurgião-Dentista Mário (108745)	16/11/03/11/20 Cirurgião-Dentista Mário (108745)	16/11/03/11/20 Cirurgião-Dentista Mário (108745)