



309068
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 14/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50162143	7-Data Validade da Senha 12/17/10 17/12/10
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 1003170000000312110840	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700603939868662
13-Nome VINICIUS MONTEIRO OLIVEIRA DE	14-Teléfono 26/02/1994	15-Nome do titular do plano SIMONE MONTEIRO OLIVEIRA DE SO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	18-Número no CRO 27455	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNP / CPF 10711502437003	22-Nome do Contratado E executor RODRIGO CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 27455	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional E executor RODRIGO CARVALHO DA SILVA	27-Número no CRO 27455	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Técnica
1	0018110000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	314,00	0,00		S	28/11/10	28
2	001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/11/10	28
3	001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/11/10	28
4	001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/11/10	28
5	001853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/11/10	28
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
-----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------------------

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confiro minha apresentação, aceite 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) des(s) acima, e por mim assinado(s), (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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data local e assinatura do Contratado Responsável / Responsável 28/11/10	51-Data local e assinatura do Profissional Solicitante / Responsável 28/11/10	52-Data local e assinatura do Operador / Responsável 28/11/10	53-Data, local e Câmbio da Empresa / /
--------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------