



333605
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/3/10 7/12/01 4-Dia de Autorização 10/3/10 7/12/01 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50174178 7-Data Validade da Semeta 10/1/11 01/2/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0/3/7/0/0/0/0/3/2/1/0/3/4/7/9/ 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FABIO SANTOS DA COSTA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004612462736

13-Nome ADRIANA CRISANTO DOS SANTOS DA 15/08/1978 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FABIO SANTOS DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA 18-Número no CRO 8132 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4577603811768 22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA 23-Número no CRO 8132 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX 26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA 27-Número no CRO 8132 28-UF RJ 29-Código CBO S 85100218 30-UF RJ 31-Código do Procedimento 32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA 33-Dente Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85110218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DVP	1	122,00	0,00			03/10/2010		
2-00	85110218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DVP	1	122,00	0,00			03/10/2010		
3-00	85110218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MVP	1	122,00	0,00			03/10/2010		
4-00	85110218	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00			03/10/2010		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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-Totál 2-Parcial 46-Valor Total US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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) acima, e por mim assinado(s), foi(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 que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Marilene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132