



2-WP0



393614
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 00:02:00		4-Data de Autorização 11/12/11 11:20		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7949208		7-Data Validade da Sineta 01/01/11 12:11		393614 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0002020253104350000000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Endereço FABIANA JUSTINO SANTOS				11-Duas Vias da Carteira 12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-00	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
13-Nome MURILO DE OLIVEIRA BRAGA				14-Data de Nascimento 14/03/1989				15-Endereço FABIANA JUSTINO SANTOS				16-Data Validade da Carteira 17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-00	
Dados do Profissional Solicitante													
17-Endereço a RN N KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA				18-Endereço no CHO 49467				19-UF RJ				20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114112851411729				22-Nome do Contratado Erentante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA				23-Número no CRO 49467				24-UF RJ	
25-Nome do Profissional Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA				26-Número no CRO 49467				27-UF RJ				28-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Clid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação RS 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Situa 42-Assinatura													
1-008151001196 RESTAURAÇÃO RESINA 15 V 1 611000 01000 12/11/2011 5000													
2-008151001196 RESTAURAÇÃO RESINA 35 D 1 611000 01000 12/11/2011 5000													
3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Taxa Quilômetros US 47-Valor Total RS 48-Taxa Franquia / Co-participação RS													
1- 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 1-Total 2-Parcial 1122000 01000													
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), 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 Contratado Responsável pelo Tratamento 51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 52-Data, local e Assinatura do Profissional Executante 53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado													
10/09/11 00:02:00 11/12/11 11:20 12/11/2011 5000 12/11/2011 5000 12/11/2011 5000 12/11/2011 5000													
MURILO DE OLIVEIRA BRAGA KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA													
CRO-RJ 49.467 CRO-RJ 49.467 CRO-RJ 49.467 CRO-RJ 49.467													