



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 06/12/0	4-Data de Autorização 12/9/10 06/12/0	5-Semha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173218	7-Data Validade da Semha 12/7/10 09/12/0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

331284
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00377000016736144	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DANTAS E ROCHA - C	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 700006463792203
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome ELCIO DINIZ DANTAS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELCIO DINIZ DANTAS
-------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA	18-Número no CRO 8132	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1457601381768	22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	23-Número no CRO 8132	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
--	--	--------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	27-Número no CRO 8132	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

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 Classe	42-Assinatura
1-0	018100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	29/06/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provável 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 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 a 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 29/06/10 Juazeiro do Norte	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/06/10 Juazeiro do Norte	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/10 Elcio S. C.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

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